

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS**  
**FACULDADE NACIONAL DE DIREITO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO SOB A ÓTICA DE**  
**MORADORAS DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO - RJ**

**MILENA FILGUEIRAS DE SOUZA**

Rio de Janeiro – RJ

2018

MILENA FILGUEIRAS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO SOB A ÓTICA DE  
MORADORAS DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO - RJ**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier**.

Rio de Janeiro – RJ

2018

S719v Souza, Milena Filgueiras de  
Violência Obstétrica, a construção do conceito  
sob a ótica de moradoras do Município de São Gonçalo –  
RJ / Milena Filgueiras de Souza. -- Rio de Janeiro,  
2018.  
71 f.

Orientador: José Roberto Franco Xavier.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
de Direito, Bacharel em Direito, 2018.

1. Violência Obstétrica. 2. Conceito em disputa.  
3. Desumanização. 4. Violência de gênero. 5.  
Direitos Humanos. I. Xavier, José Roberto Franco,  
orient. II. Título.

MILENA FILGUEIRAS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO SOB A ÓTICA DE  
MORADORAS DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO - RJ**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier**.

Data da Aprovação: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Orientador

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

Rio de Janeiro – RJ

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a todas as mulheres que concederam entrevistas para esta pesquisa. Obrigada por sua generosidade. Seus relatos e suas opiniões contribuíram não só para a construção desse estudo, mas também para o meu crescimento pessoal.

Agradeço também ao Grupo Matriz, de São Gonçalo - RJ, que realiza um trabalho maravilhoso apoiando mulheres nas fases de gestação, parto e pós-parto. Nathally e Renata, criadoras e coordenadoras do grupo, obrigada por me acolherem e sempre me receberem tão bem. Vocês me inspiram.

Ao meu orientador, José Roberto Xavier, muito obrigada por acreditar na minha ideia, compartilhar comigo os seus conhecimentos e me auxiliar em cada fase deste estudo.

Aos meus pais, Fernanda e Sebastião, agradeço por sempre me apoiarem e acreditarem em mim. Sem vocês, nenhuma das minhas realizações seria possível.

Às minhas queridas amigas, Carol, Daniela, Gabriela, Marcelle, Nathália e Thays, obrigada pelo apoio, pelas conversas e por sempre me fazerem rir. Tem sido um prazer crescer e evoluir ao lado de vocês.

Aos meus amigos da faculdade, obrigada por me acompanharem nessa jornada, tornando-a mais leve e divertida. Pelo último ano, agradeço especialmente ao Lucas, à Mari e à Renata, de quem estive mais próxima, pelo companheirismo e pelo apoio.

Por fim, agradeço a Deus pelo seu infinito amor. Obrigada, Pai, por todas as suas bênçãos em minha vida.

## RESUMO

O presente estudo dedica-se a analisar a construção do conceito de violência obstétrica a partir da perspectiva de moradoras do Município de São Gonçalo, no Rio de Janeiro, que se identificam como vítimas desta categoria de violência. O intuito é compreender como elas significam as experiências que vivenciaram e de que forma isto se relaciona com as considerações trazidas em publicações científicas que tratam do tema. Para tanto, foi realizada, uma vez estabelecidos os pilares teóricos do estudo, pesquisa empírica com base na técnica de entrevistas semi-diretivas. A partir dos relatos das entrevistadas e dos aspectos tratados pela literatura especializada, foram traçadas cinco categorias de análise por meio das quais a temática foi aprofundada: práticas recorrentes, tratamento desumanizador, problemas estruturais, mercantilização da assistência e silenciamento das mulheres. Ao fim, foram expostas e analisadas as mudanças que as participantes da pesquisa consideram que devem ser promovidas na legislação e na assistência obstétrica que é oferecida às mulheres. Foi ainda realizada uma reflexão sobre as dificuldades e os aprendizados da pesquisa.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; conceito em disputa; desumanização; violência de gênero; direitos humanos.

## ABSTRACT

This study is dedicated to analyze the obstetric violence concept construction from the perspective of São Gonçalo Municipality residents, in Rio de Janeiro, who identifies themselves as victims of this violence category. The purpose is to understand how they comprehend their experiences and the relation of this comprehension with the conclusions found in scientific publications about the theme. To achieve this goal, it was done, after the theory pillars of the study were established, an empirical research based on the semi-structured interview technique. Based on the interviewees' narrative and the specialized literature considerations, five analysis categories were conceived: recurrent practices, dehumanize treatment, structural problems, commodification of the obstetric care and women's silencing. At the end, the changes that the research participants think that should happen in the law system and in the obstetric care that is offered to women were exposed and analyzed. It was also done a reflection about the research's difficulties and learning.

**Keywords:** obstetric violence; concept in dispute; dehumanization; gender violence; human rights.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 A violência obstétrica e o seu reconhecimento como tal .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 A emergência do termo “violência obstétrica” .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 O conceito de violência obstétrica: aspectos pacíficos e controvertidos .....</b>	<b>16</b>
<b>3 BREVE PANORAMA LEGAL.....</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Perfil das Participantes da Pesquisa .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Categorias de Análise .....</b>	<b>30</b>
5.2.1 Práticas recorrentes.....	31
5.2.1.1 Privação de acompanhante .....	31
5.2.1.2 Procedimentos não consentidos e sem informação .....	36
5.2.1.3 Privação de água e comida .....	41
5.2.1.4 Abandono, negligência e recusa de assistência .....	43
5.2.1.5 Abuso verbal.....	48
5.2.2 Tratamento desumanizador.....	50
5.2.3 Problemas estruturais.....	52
5.2.4 Mercantilização da assistência obstétrica .....	53
5.2.5 O silenciamento das mulheres .....	55
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1 Mudanças consideradas necessárias .....</b>	<b>59</b>
<b>6.2 Dificuldades e aprendizados da pesquisa .....</b>	<b>65</b>
6.2.1 Dificuldades.....	65
6.2.2 Aprendizados .....	66
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, e em especial a partir do início desse século, tem ganhado visibilidade e gerado cada vez mais discussões, nos mais diversos espaços, incluindo-se o acadêmico e o legal, uma categoria específica de violência praticada no contexto da assistência obstétrica, trata-se da chamada violência obstétrica.

Apesar de diversas publicações científicas e até mesmo leis, como a venezuelana Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência (*Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*), terem se proposto a definir em que consiste a violência obstétrica, continua a não existir um consenso sobre o assunto, tratando-se de um conceito em disputa, que é mobilizado por diversos grupos sociais de forma consideravelmente diversa.

No Brasil, embora não haja legislação específica sobre o assunto com abrangência nacional, estudos relatam que algumas mulheres têm buscado reparação civil e tutela penal face aos danos que consideram ter sofrido ao receberem assistência obstétrica identificada como violenta (SERRA; VELOSO, 2016). Destaca-se ainda que pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, divulgada em 2010, constatou que uma a cada quatro brasileiras relata ter sido vítima de violência ao receber assistência obstétrica<sup>1</sup>.

Tendo em vista essa crescente mobilização do conceito de violência obstétrica e a ausência de consenso que o cerca, o presente trabalho se propõe a analisar a sua construção a partir da percepção de mulheres que se identificam como vítimas desta categoria de violência, a fim de compreender como elas significam as experiências que vivenciaram e de que forma isto se relaciona com as considerações trazidas em publicações científicas que tratam do tema.

Para tanto, foi inicialmente elaborada revisão de literatura sobre a temática em comento, subdivida em três tópicos considerados relevantes. Primeiramente, buscou-se identificar quais fatores a literatura especializada destaca como relevantes para o surgimento do fenômeno que

---

<sup>1</sup>FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Capítulo IV: Saúde Reprodutiva e Abortamento. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, ago. 2010, p. 149-223. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

tem sido denominado como violência obstétrica e como ele passou a ser reconhecido e mobilizado como uma categoria de violência. Em segundo lugar, o presente trabalho dedicou-se a analisar o que diz a literatura sobre o contexto e o momento em que ocorreu o surgimento do termo “violência obstétrica”. Por fim, foi analisado como a violência obstétrica tem sido definida, considerando os pontos pacíficos e controvertidos em relação ao referido conceito.

Em seguida, foi traçado um breve panorama legal sobre o assunto, passando pelos principais pontos da primeira lei a versar sobre a violência obstétrica<sup>2</sup>, bem como, em um plano mais local, pelos aspectos que se destacam na Lei Estadual n.º 7.191/2016 (Lei Estadual sobre Humanização do Parto no Estado do Rio de Janeiro) e na Lei Municipal n.º 667/2016 (Lei Municipal sobre a Implantação de Medidas de Informação à Gestante e Parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de São Gonçalo).

Estabelecidos os pilares teóricos desse estudo, foi realizada pesquisa empírica na qual foram entrevistadas moradoras do Município de São Gonçalo - RJ<sup>3</sup> que identificam que sofreram violência obstétrica em algum momento da assistência que receberam. Os resultados obtidos na mencionada pesquisa foram analisados em face da literatura, com algumas observações sobre a legislação pertinente, a partir de cinco categorias de análise: práticas recorrentes, tratamento desumanizador, problemas estruturais, mercantilização da assistência obstétrica e silenciamento das mulheres.

Por fim, a título de considerações finais, foram expostas e analisadas as transformações que as participantes da presente pesquisa consideram que devem ocorrer na legislação e no modelo de assistência obstétrica pelo qual consideram que foram violentadas. Foi ainda dedicado um último tópico a reflexões sobre as dificuldades e os aprendizados da presente pesquisa.

---

<sup>2</sup>A venezuelana *Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007).

<sup>3</sup>Localizado na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, estima-se que o Município possui cerca de 1.077.687 (um milhão, setenta e sete mil, seiscentos e oitenta e sete) habitantes, sendo um dos mais populosos do Estado, segundo dados do IBGE (2018).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A violência obstétrica e o seu reconhecimento como tal

De acordo com Diniz *et al.* (2015), embora a violência obstétrica seja um tema que ganhou maior visibilidade apenas no século XXI, o sofrimento das mulheres durante a assistência ao parto já vinha sendo registrado em diversos locais e momentos históricos, apesar de denominado de variadas formas.

Segundo Sánchez (2014), em meados do século XIX, com a introdução da obstetrícia como parte da formação universitária dos médicos e a exclusão das mulheres da comunidade científica dominada por homens, construiu-se a crença de que as mulheres são frágeis e dependentes, e, portanto, incapazes de dar à luz ou de prestar assistência a partos sem o auxílio de especialistas do sexo masculino.

Nesse contexto, a referida autora aponta que ocorreu, na maior parte da América do Norte, da Europa e de suas colônias, a substituição de partos domiciliares por partos hospitalares e das parteiras, que até então eram as profissionais mais importantes na assistência ao parto, por médicos. Com isso, Sánchez (2014) afirma que ocorreu uma mudança de visão acerca do parto, que começou a ser percebido como um evento perigoso e que demanda intervenção médica.

Para Batista (2015), um dos fatores que conduziu a essa mudança de percepção acerca do parto, tornando-o um evento médico-hospitalar, foi o que a autora chama de mercantilização da gestação e do parto, ocorrida no século XIX, em um contexto de ascensão do modelo capitalista.

Aos poucos, porém, parturientes, ativistas pelos direitos das mulheres, parteiras, doulas e movimentos naturalistas começaram a apontar que muitas práticas da obstetrícia moderna e dos hospitais contemporâneos não são sempre as mais apropriadas para a promoção do bem-estar das mulheres grávidas e de seus bebês (SÁNCHEZ, 2014).

Não se sabe ao certo, no entanto, onde e quando práticas obstétricas começaram a ser percebidas e reportadas como abusivas ou violentas, havendo divergência sobre o assunto entre os autores cujas obras foram consultadas para a elaboração da presente revisão.

Enquanto Sadler *et al.* (2016) apontam que há registros de casos que constituem o que hoje se denomina como violência obstétrica desde o século XIX, Chadwick (2016) sustenta que práticas tidas como abusivas na obstetrícia começaram a ser reportadas na década de 1950.

Na mesma linha de Chadwick (2016), Diniz *et al.* (2015) apontam como um dos primeiros registros de casos de violência obstétrica a publicação, na revista norte-americana *Ladies Home Journal*, em 1958, de matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades” (“*Cruelty in Maternity Wards*”). Por meio da referida matéria, cuja repercussão deu origem à Sociedade Americana de Psico-Profilaxia em Obstetrícia (*American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics*, hoje chamada de *Lamaze International*), mães e enfermeiras relataram casos de tratamentos durante o parto considerados desumanos, mencionando ocasiões em que parturientes foram submetidas a episiotomias sem anestesia, tiveram as pernas amarradas para impedir que o nascimento acontecesse enquanto o obstetra jantava e foram atemorizadas com a possibilidade de seus gritos de dor fazerem com que seus bebês nascessem com danos cerebrais (GOER, 2010).

Paralelamente à publicação da matéria sobre crueldade nas maternidades dos Estados Unidos, foi criada, no mesmo ano, na Inglaterra, a Sociedade para Prevenção da Crueldade Contra Mulheres Grávidas (*Society for the Prevention of Cruelty to Pregnant Women – SPCPW*, hoje chamada de *Association for Improvements in Maternity Services - AIMS*). A referida sociedade, assim como a *Lamaze International*, originou-se de publicação de uma matéria na imprensa (DINIZ *et al.*, 2015).

A *SPCPW* nasceu após a publicação no *The Guardian* de uma carta escrita por Sally Willington, mulher que havia dado à luz ao seu segundo filho em um hospital inglês e, inconformada com o tratamento que havia recebido e se perguntando se outras mulheres haviam passado por experiências similares, reportou questões como o tratamento rude, a privação do contato entre mãe e bebê, a solidão, a falta de simpatia, de privacidade e de consideração enfrentadas nos hospitais, locais apontados por ela como desumanos,

superlotados e com equipes defasadas, e convocou as pessoas a se juntarem a ela em uma sociedade pela prevenção das crueldades sofridas por mulheres grávidas (BEECH; WILLINGTON, 2007).

De acordo com Sánchez (2014), desde essa época, movimentos pelo parto respeitoso, pelo direito das mulheres e pela saúde reprodutiva têm dado atenção aos problemas ocorridos na assistência obstétrica ao parto.

Nesse sentido, Diniz *et al.* (2015), destacam a publicação, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, de livros feministas como o “*Ourbodies. Ourselves*”, que, na perspectiva das autoras, reforçaram as críticas relativas a determinadas práticas médicas na assistência ao parto, auxiliando na sensibilização e na inspiração de profissionais e ativistas.

Sánchez (2014), por sua vez, ressalta o surgimento, na década de 1970, de movimento, composto por ativistas pela saúde das mulheres, parteiras e doulas, que começou a apontar os benefícios dos partos naturais em face dos partos hospitalares.

Já no que tange à década de 1980, Sánchez (2014) aponta como grandes marcos deste período a realização de várias convenções internacionais sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, de 1985, as quais buscaram estabelecer diretrizes para melhorar aspectos da assistência ao parto, ressaltando o direito da mulher à escolha e à informação, o direito ao suporte emocional durante o trabalho de parto, bem como a necessidade de redução da medicalização e das intervenções tecnológicas.

Tais recomendações da OMS, advindas da Conferência Internacional para o Parto, realizada em Fortaleza/CE, em 1985, basearam-se em um estudo sobre a Assistência à Saúde Perinatal na Europa, comandado pelo escritório regional europeu da OMS e realizado entre 1979 e 1985, com o intuito de redefinir o papel das intervenções médicas durante o parto. Por meio do referido estudo, constatou-se que havia um grande afastamento entre a ciência e a prática obstétrica, de tal modo que apenas 10% (dez por cento) dos procedimentos rotineiramente realizados tinham embasamento científico. Concluiu-se também que, em gravidezes descomplicadas, partos domiciliares podem ser tão seguros quanto os hospitalares (SÁNCHEZ, 2014).

Essas recomendações foram um importante marco para o campo da assistência obstétrica e para os grupos ativistas, tendo em vista que reconheceram, de forma oficial, a existência de um problema, enfatizando que certas práticas rotineiras no campo da obstetrícia não são recomendadas e devem ser, em muitos casos, combatidas.

Dentre essas práticas mencionadas no documento publicado pela OMS (1985), podem ser citadas a tricotomia (raspagem de pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), a colocação da parturiente na posição de litotomia (posição assemelhada à ginecológica) durante o trabalho de parto, a indução excessiva e por conveniência, e a episiotomia (incisão realizada entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto) sistemática. Foi ainda enfatizado que, para a promoção do bem-estar da mulher, ela deve poder escolher pessoa para acompanhá-la durante o parto e o pós-parto, bem como decidir sobre suas vestimentas e sua alimentação durante o trabalho de parto.

Nos termos do que afirmam Sadler *et al.* (2016), a publicação das recomendações constitui um momento no qual a OMS mostrou para o mundo a existência de uma preocupação com a excessiva medicalização do parto e instou os profissionais da saúde a rever protocolos e investigar continuamente a relevância de determinadas práticas, a fim de promover o respeito à autonomia das mulheres.

No Brasil, quatro anos antes da publicação das recomendações da OMS, a temática referente ao que tem sido denominado como violência obstétrica começou a ser discutida por meio de trabalhos feministas, como o “Espelho de Vênus”, publicação de 1981 que descrevia o parto institucionalizado como um evento violento (DINIZ *et al.*, 2015). Alguns anos mais tarde, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que reconheceu que o tratamento médico concedido às mulheres era, por vezes, agressivo.

Na década seguinte, foi fundada, no Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), organização, criada em 1993 e formada por membros da sociedade civil, que reconheceu a existência de violência na assistência médica ao parto (SADLER *et al.*, 2016).

Com o passar do tempo, foram ocorrendo outros importantes eventos, desta vez a nível continental, por meio dos quais a ideia de violência obstétrica foi se consolidando, embora o fenômeno ainda não fosse denominado desta forma. Diniz *et al.* (2015) destacam a publicação, em 1998, do relatório intitulado “Silêncio e Cumplicidade: Violência contra a Mulher nos Serviços Públicos de Saúde no Peru” (“*Silencio y Complicidad: Violencia contra La Mujer em los Servicios Publicos de Salud no Peru*”), documento elaborado pelo Centro Latino-Americano dos Direitos da Mulher, contendo vasta documentação referente às violações dos direitos humanos da mulher durante o parto.

Sánchez (2014), por sua vez, aponta como um marco importantíssimo a realização da Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (Convenção do Pará, 1995), que firmou a ideia de que as condutas, baseadas no gênero, que geram morte, sofrimento ou danos físicos, sexuais e psicológicos às mulheres em instalações de saúde constituem atos de violência contra a mulher.

Já Sadler *et al.* (2016) ressaltam a realização, em 2000, da Primeira Conferência Internacional pela Humanização do Parto, ocorrida no Brasil e na qual ativistas, pesquisadores e profissionais da saúde latino-americanos se reuniram em resposta às altas taxas de intervenções no parto e ao crescente reconhecimento de abusos sofridos pelas parturientes, dando origem à criação da Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e do Nascimento (RELACAHUPAN), que liderou o debate do direito da mulher ao parto respeitoso na região.

Em um contexto mais recente, é importante mencionar a declaração da OMS sobre a “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (“*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*”), publicada em 2014 e na qual a questão foi tratada como um problema que atinge o campo dos direitos humanos.

Segundo Sadler *et al.* (2016), tal declaração é poderosa e seu texto afirma o direito de todas as mulheres à assistência médica digna e respeitosa. Ressalta-se, no entanto, que a OMS não usou, nem costuma usar, o termo “violência obstétrica”, preferindo expressar a ideia por meio de palavras como “abuso”, “desrespeito” e “maus-tratos”, como é possível observar pelo próprio título da declaração.

De acordo com o que apontam Diniz *et al.* (2015) e Sánchez (2014), o termo “violência obstétrica” é mais frequentemente utilizado no Brasil e na América Latina, especialmente em países em que o termo foi introduzido na legislação como uma das formas de violência contra a mulher, tais como Venezuela e Argentina.

Pickles (2015), no entanto, ressalta que o termo tem sido cada vez mais utilizado em lugares além da América Latina, como forma de descrever práticas obstétricas tidas como agressivas e reprováveis.

## **2.2 A emergência do termo “violência obstétrica”**

Não se sabe exatamente em que momento e em que local o termo “violência obstétrica” nasceu e começou a ser utilizado entre os ativistas. Porém, normalmente se aponta que ele surgiu na América Latina nos anos 2000, como resultado de uma longa história de ativismo global em prol da humanização e da desmedicalização do parto, e do empoderamento feminino durante a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento (CHADWICK, 2016; SADLER *et al.*, 2016; PICKLES, 2015; SÁNCHEZ, 2014).

No que se refere à literatura, Sánchez (2014) destaca que não foram encontrados registros do uso do termo antes da promulgação da lei venezuelana que tipificou a prática. Corroborando esta observação, Pulhez (2013) afirma que o termo “violência obstétrica” foi citado pela primeira vez em 2010, quando o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, o Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, escreveu um editorial para o *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Nesta publicação, o médico analisou a lei que tipificou a violência obstétrica na Venezuela, apontando o que considerava como seus pontos positivos e negativos (PÉREZ, 2010).

Desde a publicação do editorial do Dr. Rogelio Pérez, em 2010, o termo “violência obstétrica” tem se espalhado pelo mundo e sido cada vez mais utilizado por ativistas e estudiosos do tema.

Embora, de acordo com Sánchez (2014), a maior parte das publicações que empregam o termo se concentre na América Latina e na Espanha, destaca-se que foram encontradas



relevantes publicações científicas que se referem à violência obstétrica sob esta denominação de autoria de pesquisadores sul-africanos e de países europeus além da Espanha. É o caso de Chadwick (2016), Pickles (2015) e Sadler *et al.* (2016).

Nesse sentido, é relevante notar também que, dos cinco Observatórios da Violência Obstétrica, criados desde 2014 por grupos da sociedade civil, dois são europeus, o que demonstra que o uso do termo não se limita à América Latina.

Ressalta-se ainda que o uso do termo “violência obstétrica” não é entendido como uma simples escolha de palavras desprovida de maiores significados, mas sim como uma forma de dar voz às mulheres que viveram experiências negativas e, por vezes, traumáticas, ao receberem assistência obstétrica, promovendo a legitimação de seu sofrimento e dando a ele uma denominação específica (SÁNCHEZ, 2014; PULHEZ, 2013; PICKLES, 2015; SADLER *et al.*, 2016).

O termo violência obstétrica é, nesse sentido, reconhecido como uma ferramenta que permite que as mulheres transformem as suas experiências em uma oportunidade de questionar e modificar a realidade, constituindo, assim, uma forma de combate à violência cometida no contexto da assistência obstétrica.

Nos termos do que defende Chadwick (2016), a utilização do que ela chama de controverso termo “violência obstétrica”, em vez de denominações mais neutras como “maus-tratos”, é parte de um movimento deliberado para enfrentar práticas problemáticas, que têm sido invisibilizadas, a despeito de serem agressivas, humilhantes e desrespeitosas, constituindo, para os ativistas e profissionais, em especial latino-americanos, uma forma de violência de gênero enraizada na sociedade.

### **2.3 O conceito de violência obstétrica: aspectos pacíficos e controvertidos**

Há dezesseis anos, quando o termo “violência obstétrica” ainda não estava difundido nem mesmo na América Latina, D’OLIVEIRA *et al.* (2002) já apontavam que não havia consenso na definição da violência perpetrada por profissionais da saúde contra mulheres grávidas e parturientes.

Desde então, muitas transformações ocorreram. O termo “violência obstétrica” emergiu na América Latina, foi definido acadêmica e legalmente, tendo sido a prática tipificada em leis de diferentes países. Além disso, o termo começou a ser cada vez mais usado entre ativistas e acadêmicos e a violência obstétrica tornou-se tópico constante de discussões não só no meio científico e no seio dos movimentos sociais, mas também na mídia e na *internet*, que ajudaram a disseminar a ideia.

Entretanto, continua não existindo uma definição exata do conceito de violência obstétrica e de quais atos são representativos deste fenômeno, seja ele denominado por estas palavras ou por outras comumente utilizadas, como abuso e desrespeito durante o parto.

Sánchez (2014) faz referência à violência obstétrica como uma forma de violência de gênero praticada por profissionais de saúde contra mulheres e fetos/crianças durante a gravidez e o parto.

Por sua vez, Pickles (2015), que também se baseia na ideia de violência obstétrica como uma forma de violência praticada por profissionais de saúde durante a gravidez e o parto, categoriza como vítimas apenas as mulheres.

Chadwick (2016) e Sadler *et al.* (2016) também identificam como vítimas da violência obstétrica apenas as mulheres, entretanto empregam uma conceituação mais restritiva em relação ao momento em que este tipo de violência é praticado. Tanto a primeira quanto os últimos afirmam que a violência obstétrica é praticada durante o parto, sem fazer menção específica à gravidez. Coaduna-se com esta última visão o posicionamento de Pulhez (2013), que fala de atos violentos durante práticas obstétricas em ambientes hospitalares durante o parto.

Já Diniz *et al.* (2015) trazem um conceito mais abrangente, referindo-se a uma violência ocorrida na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Abrangente é também a definição de Tesser *et al.* (2015), que defendem que a expressão violência obstétrica agrupa todas as formas de violência e danos decorrentes do cuidado obstétrico profissional.

Apesar das divergências expostas, algumas questões relativas à violência obstétrica parecem estar relativamente pacificadas. Entre essas questões, ressalta-se o entendimento da violência obstétrica como uma violência de gênero e uma violação a direitos humanos (OMS, 2014; PICKLES, 2015; PULHEZ, 2013; SADLER *et al.*, 2016; SÁNCHEZ, 2014).

Com relação especificamente às condutas que caracterizam violência obstétrica, destacam-se entre as mais citadas a negligência, as agressões físicas, psicológicas e sexuais, a negação de informações a respeito dos procedimentos empregados durante o parto ou a transmissão de falsas informações sobre eles, bem como a realização de intervenções médicas não consentidas e, em especial, a adoção de práticas médicas que não apresentam evidências científicas de seus benefícios para a mãe e o bebê (CHADWICK, 2016; DINIZ *et al.*, 2015; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002; PICKLES, 2015; SADLER *et al.*, 2016; SÁNCHEZ, 2014).

Ressalte-se que todas essas se enquadram nas sete categorias de abuso e desrespeito no parto identificadas no paradigmático estudo de Bowser e Hill (2010). São elas: abuso físico, intervenções não consentidas, cuidado não confidencial, cuidado indigno, discriminação baseada em certos atributos, abandono da assistência e detenção os serviços. Para Tesser *et al.* (2015), cada uma destas categorias viola direitos específicos das mulheres, a exemplo dos direitos à informação, ao consentimento informado, ao tratamento digno, à igualdade e à liberdade.

Dentre todas as condutas que se enquadram nas categorias elencadas acima, o que mais chama a atenção, de acordo com Pulhez (2013), não são as agressões físicas, cujo cunho violento é mais evidente, mas sim os procedimentos médicos rotineiros, que são mais dificilmente identificáveis como abusivos.

Um bom exemplo disso é a episiotomia, incisão realizada entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto, cuja realização constitui questão bastante polêmica entre pesquisadores, a comunidade médica e as próprias mulheres. Enquanto a OMS (1985) aponta a episiotomia como uma prática abusiva apenas quando realizada como procedimento de rotina, sem real indicação médica, há toda uma parcela da literatura especializada que sustenta que se trata de uma conduta médica meramente rotineira, que não provou ser vantajosa para o bem-estar de mulheres e bebês e pode ainda lhes causar danos consideráveis (SÁNCHEZ, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Considerando esse contexto, interessante notar o que Pulhez (2013) aponta com relação às denúncias de casos de violência obstétrica. Para a autora, elas são parte de um movimento que busca o reconhecimento social de uma violência por meio da alteração da visão de mundo sobre aquilo que tradicionalmente é considerado como constitutivo de um parto.

Esta visão de mundo, no entanto, encontra-se extremamente arraigada na sociedade e, principalmente, na comunidade médica. É nesse sentido que D'Gregório (2010), Diniz *et al.* (2015), D'Oliveira *et al.* (2002) e Sadler *et al.* (2016) destacam que o problema é estrutural e nasce na formação dos profissionais da saúde, que são ensinados que o uso de determinadas técnicas é normal e, muitas vezes, aprendem que estão em posição hierarquicamente superior aos seus pacientes. Soma-se a isto, ainda, as condições precárias de muitos sistemas de saúde, as quais, conforme observam D'Oliveira *et al.* (2002), acabam por vitimizar os próprios profissionais.

D'Oliveira *et al.* (2002) e Sánchez (2014) também enfatizam como catalisadoras da violência obstétrica as questões de gênero, afirmando que, em sociedades nas quais predominam valores patriarcais, o controle sobre a sexualidade e a reprodução feminina que é exercido através da violência obstétrica é uma forma de manutenção da posição de subordinação social da mulher.

Diante dos fatores expostos, são apontadas pelos pesquisadores como principais formas de combate à violência obstétrica melhorias das condições de trabalho dos profissionais da saúde e transformações na educação destes profissionais, a fim de tornar as suas práticas mais humanizadas e condizentes com as pesquisas científicas acerca do que é realmente mais benéfico para a mulher e o bebê (CHADWICK, 2016; DINIZ *et al.*, 2015; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Para além disso, Pulhez (2013) e D'Oliveira *et al.* (2002) também ressaltam a importância de se incentivar as mulheres a reclamarem e de se investigar estas reclamações, a fim de que sejam tomadas as providências cabíveis.

Por fim, há os que, como Pickles (2015), defendem a criminalização da violência obstétrica como uma importante forma de combate ao problema.

### 3 BREVE PANORAMA LEGAL

Em 2007, foi promulgada, na Venezuela, a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência (*Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*), primeiro instrumento legal a empregar o termo “violência obstétrica” e a tratar do assunto de forma específica.

No bojo da lei venezuelana, a violência obstétrica foi tipificada como uma das dezenove formas de violência contra a mulher passíveis de sanção. Foi ainda definida, em seu artigo 13, como:

“... a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizador, de um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”.

A *Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* ainda especifica, em seu artigo 51, quais atos constituem violência obstétrica e estabelece sanções, tais como multas, para quem praticá-los.

De acordo com a referida norma, são condutas que caracterizam violência obstétrica: (i) não atender de forma oportuna e eficaz nas emergências obstétricas; (ii) existindo meios para a realização do parto na posição vertical, forçar a mulher a parir em posição supina (deitada com a face voltada para cima) e com as pernas levantadas; (iii) criar obstáculos, sem justificativa médica, à aproximação entre mãe e bebê, impedindo, por exemplo, a amamentação; (iv) alterar o processo natural em partos de baixo risco, usando técnicas para acelerá-los, sem o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; e (v) havendo condições para o parto natural, realizar cesariana, sem o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.

Pelo exposto, salienta-se a importância da *Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* para a luta pelo tratamento obstétrico respeitoso, uma vez que ela não só deu visibilidade ao problema, como também definiu o que constitui violência obstétrica, traçando parâmetros que possibilitam que o seu reconhecimento seja realizado com mais facilidade.

Além disso, a lei em questão serviu como evidente inspiração para outras leis e projetos de leis latino-americanos. A título de exemplo, vale citar a Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações interpessoais (*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*), promulgada na Argentina, em 2009, e, no contexto brasileiro, o Projeto de Lei n.º 7.633, de 2014, de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys e atualmente em tramitação na Câmara dos Deputados. Tanto na norma argentina quanto no projeto de lei brasileiro, a definição do termo violência obstétrica é extremamente similar à estabelecida na lei venezuelana.

No plano local, considerando que foi elaborada pesquisa empírica junto a mulheres que residem no Município de São Gonçalo, localizado no Estado do Rio de Janeiro, é importante mencionar duas leis que se relacionam com o tema sob análise.

A primeira delas é a Lei n.º 7.191/2016, Lei Estadual sobre Humanização do Parto no Estado do Rio de Janeiro, que, embora não faça menção expressa à violência obstétrica, assegura a toda gestante, logo em seu primeiro artigo, o direito de receber assistência humanizada durante o parto.

Nos artigos seguintes, é ainda definido o que constitui uma assistência humanizada<sup>4</sup> e quais são os princípios a serem observados na sua promoção<sup>5</sup>, enfatizando-se a autonomia da parturiente.

---

<sup>4</sup> “Art. 2º Para efeitos desta Lei, ter-se-á, por **parto humanizado ou assistência humanizada ao parto**, o atendimento que:

I - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;  
 II - só adotar rotinas e procedimentos, cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor;  
 IV - garantir assistência integral à gestante que seja deficiente além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, quando necessário;

V - todos os profissionais envolvidos no procedimento terão que respeitar a autonomia da mulher e toda gestante deve ser ouvida e fazer parte do processo de tomada de decisões;

VI - os procedimentos realizados deverão resguardar a vida da mulher e do conceito e os procedimentos para alívio da dor, tais como a raquianestesia, anestesia peridural e a inalação de Entonox podem ser recursos utilizados de acordo com critérios clínicos, com conhecimento da mulher acerca dos efeitos adversos para mãe e bebê.” (Grifou-se)

Outros pontos relevantes da lei estadual em comento são a previsão do direito à elaboração de um plano de parto<sup>6</sup>, com indicação, por exemplo, se a gestante deseja fazer uso de medicação para alívio da dor; a necessidade de justificção médica por escrito para a realização de procedimentos como a episiotomia e a administração de ocitocina sintética<sup>7</sup>, hormônio acelerador do trabalho de parto; e a determinação de que seja elaborado regulamento versando sobre as condições de realização de parto domiciliar por decisão voluntária da mulher<sup>8</sup>.

A segunda norma local de relevo no bojo do presente trabalho é a Lei n.º 667/2016, Lei Municipal sobre a Implantação de Medidas de Informação à Gestante e Parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de São Gonçalo.

Tal lei define, em seu artigo 2º, violência obstétrica como:

“(...) todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, por um familiar ou acompanhante, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.”

Interessante notar que há, no referido instrumento legal municipal, uma ampliação da noção de quem é o sujeito que pratica a violência obstétrica, uma vez que a definição empregada pela lei de São Gonçalo abarca não só os profissionais de saúde, como em geral é feito, mas também pessoas do convívio da mulher.

Destaca-se ainda que a lei em questão adota definição bastante abrangente em relação ao momento em que pode ocorrer a violência, mencionando gravidez, trabalho de parto e puerpério. Deixa de mencionar, no entanto, a questão do abortamento, que é apontada por

---

<sup>5</sup> “Art. 3º São **princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada**, durante o parto:

I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

II - a mínima interferência por parte de todos os profissionais envolvidos na cena do parto;

III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, respeitado o processo natural e fisiológico do parto;

IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais, por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V - o fornecimento de informações à gestante ou parturiente, assim como ao pai ou acompanhante, dos métodos e procedimentos eletivos.” (Grifou-se)

<sup>6</sup> Artigos 4º, 5º e 6º.

<sup>7</sup> Artigo 10.

<sup>8</sup> Artigo 12.

parte da literatura como uma das situações em que pode ocorrer violência obstétrica (DINIZ *et al.*, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

Logo após tratar da conceituação de violência obstétrica, a lei municipal traz ainda, em seu artigo 3º, um rol exemplificativo de vinte e duas condutas que caracterizam violência obstétrica. Dentre elas, destacam-se zombar da mulher (inciso I), recriminá-la por gritar (inciso II), fazê-la acreditar que uma cesariana é necessária quando não é (inciso V), submetê-la a procedimentos para acelerar o parto por conveniência médica (inciso VI), recusar atendimento ao parto (inciso VII), privá-la de acompanhante de sua preferência (inciso IX), fazer qualquer procedimento sem explicar previamente sua necessidade e sem solicitar permissão (inciso XV) e tratar o pai do bebê como visita (inciso XXI).

A lei gonçalense prevê ainda a elaboração de cartilhas versando sobre os direitos da gestante e da parturiente, com o intuito de informar e esclarecer mulheres para promover um atendimento hospitalar digno e humanizado e erradicar a violência obstétrica<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Artigo 4º.



## 4 METODOLOGIA

A construção da presente monografia baseou-se, fundamentalmente, na realização de pesquisa empírica na qual foi empregada a técnica de entrevistas semi-diretivas.

Como etapa preliminar à empiria, foi elaborada revisão de literatura, que constitui o Capítulo 2 do presente trabalho. Com relação às fontes bibliográficas, importante salientar que não foi encontrado vasto quantitativo de publicações na literatura jurídica sobre o tema ora proposto, situação que conduziu a uma análise no plano teórico também baseada em publicações da área médica e das ciências sociais.

Destaca-se que foi buscada a realização de uma seleção de publicações fundadas em estudos não apenas de pesquisadores brasileiros, a fim de não restringir a abordagem do tema à visão do meio científico nacional.

Elaborada revisão de literatura sobre a temática proposta, começou a ser pensado o universo a ser estudado.

De início, a ideia era entrevistar, de forma presencial, de 10 (dez) a 15 (quinze) mulheres que haviam recebido assistência obstétrica no Município do Rio de Janeiro ou em outros Municípios da Região Metropolitana do Estado e que identificavam ter sido submetidas a práticas violentas no campo da obstetrícia.

Ao longo da realização da empiria, optou-se, no entanto, por restringir o universo a apenas moradoras do Município de São Gonçalo, localizado na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, que receberam assistência obstétrica no referido Município ou nas proximidades.

Com relação à restrição numérica, importa esclarecer que ela se deu em razão, essencialmente, de dois fatores. O primeiro é a limitação temporal para a realização da etapa empírica do presente estudo. Havia apenas o relativamente curto período de 06 (seis) meses para agendar as entrevistas e realizá-las.

O segundo é referente à saturação empírica ou “de conhecimento”, a que Pires (2010) faz referência em sua obra. Trata-se de fenômeno pelo qual o pesquisador percebe, a partir de determinado momento, que já não está obtendo informações suficientemente novas ou diferentes na sua pesquisa empírica para justificar a ampliação de seu material.

Salienta-se que, como é possível observar, não foi estabelecida uma restrição em relação ao momento da assistência recebida. Isto ocorreu com o intuito de ampliar a diversificação interna, não afastando nenhuma mulher que identificasse ter sofrido violência obstétrica na região pesquisada e perceber a existência de mulheres que consideram terem sido violentadas em momentos diversos da prestação de assistência obstétrica.

Estabelecido o universo a ser estudado, esta pesquisa começou a ser divulgada, mas, ao fim do semestre dedicado a realizá-la, apenas 08 (oito) entrevistas foram agendadas e realizadas com sucesso.

Inicialmente, para efeitos de divulgação da pesquisa, foram realizadas publicações em dois grandes grupos do *Facebook* que, com o apoio e a moderação de profissionais da área obstétrica, tratam de obstetrícia baseada em evidências científicas e incentivam o empoderamento feminino durante a gestação e o parto. Nesses grupos, que reúnem milhares de mulheres de todo o Brasil, além de serem divulgadas diversas informações relacionadas à temática a que se dedicam, são publicados diariamente relatos de parto. Em muitos desses, esta pesquisadora pôde observar que mulheres indicavam terem sofrido violência obstétrica.

A divulgação foi ainda realizada junto a grupos de apoio à gestação, ao parto e à maternidade que se reúnem periodicamente para promover rodas de conversa na região e por meio das próprias mulheres que foram sendo entrevistadas.

Após o início da divulgação, foram surgindo mulheres dispostas a contribuir para o estudo com os seus relatos, embora em número menor do que se esperava, especialmente considerando a quantidade de participantes com que contam os grupos *online*. Como os referidos grupos reúnem milhares de mulheres e relatos, inclusive com mulheres constatando terem sido submetidas à violência obstétrica, acreditava-se que surgiriam muitas voluntárias. Entretanto, não foi o que ocorreu.

Acredita-se que, ao todo, cerca de 15 (quinze) mulheres entraram em contato com esta pesquisadora ou permitiram ser contatadas. Ocorre que, dessas, muitas desistiram de participar do estudo. A maioria simplesmente deixou de responder às tentativas de contato. Algumas aparentemente desanimaram após perceberem que a ideia era realizar as entrevistas, preferencialmente, de forma presencial. Outras chegaram a marcar e desmarcar a entrevista por diversas vezes.

Não é possível precisar o motivo pelo qual o número de voluntárias a participar do presente estudo não foi tão extenso quanto se esperava, tampouco as razões que levaram algumas delas a desistirem depois de terem demonstrado interesse em participar.

Entretanto, considera-se interessante destacar que, apesar de ser um problema recorrente<sup>10</sup>, a violência obstétrica não é muito comentada pelas vítimas. Como será melhor abordado no Subcapítulo 5.2.5, é comum que as mulheres se sintam desconfortáveis e evitem tratar do tema, tanto por receio de não receberem tratamento empático quanto por não quererem reviver a dor emocional e psicológica a que foram submetidas.

A despeito de não ter sido realizado o número de entrevistas inicialmente planejado, destaca-se que não se trata de questão problemática. Isto porque muito bem se aplica ao presente caso o princípio da saturação abordado por Pires (2010).

Buscou-se, como o autor explica que em geral é necessário para que se verifique o processo de saturação empírica, ampliar ao máximo a diversificação intragrupo, que, no caso em tela, é a diversificação entre moradoras do Município de São Gonçalo – RJ que se identificam como vítimas de violência obstétrica. Entretanto, a partir de determinado momento da pesquisa, as informações obtidas começaram, de fato, a não ser tão novas. Foi possível notar que as narrativas convergiam bastante, apresentando diversos pontos que se repetiam.

Assim, apesar de moradoras de São Gonçalo de diferentes idades, profissões e que receberam assistência obstétrica em momentos variados terem sido entrevistadas, observou-se o processo de saturação empírica, o que permite, nos termos do que leciona Pires (2010)

---

<sup>10</sup>De acordo com dados divulgados em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, uma a cada quatro mulheres brasileiras relata ter sido submetida a atos violentos ao receber assistência obstétrica.

generalizar os resultados para o conjunto do universo de análise ao qual o grupo analisado pertence.

É importante ressaltar, no entanto, que, como lembra Pires (2010), não se pode que o princípio da saturação faça o que nenhuma pesquisa pode fazer, que é dar conta do real em sua totalidade.

Tratando especificamente da coleta de dados, ressalta-se que, como exposto, esta se deu por meio da realização de entrevistas em profundidade semi-estruturadas com 08 (oito) mulheres com o perfil estabelecido. Todas as entrevistas foram realizadas de forma presencial e, mediante a devida autorização das entrevistadas, foram gravadas em arquivo de áudio, o que viabilizou a sua posterior transcrição.

Além disso, antes do início de cada entrevista, todas as mulheres entrevistadas assinaram e receberam uma cópia de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>11</sup>, por meio do qual foram informadas detalhadamente sobre o conteúdo desta pesquisa e as formas de estabelecer contato com esta pesquisadora e seu orientador para esclarecer eventuais dúvidas ou mesmo solicitar a sua exclusão do estudo, caso assim desejassem. Foram ainda informadas de que, a fim de proteger seu anonimato, seriam identificadas ao longo da pesquisa por meio de pseudônimos.

Realizada a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, foram então identificados pontos recorrentes nos discursos das entrevistadas, o que permitiu o estabelecimento de categorias que foram analisadas em face da literatura. Sobre estas categorias, observa-se que muitas delas já foram trabalhadas pela literatura que trata do tema e serviu de base para a construção dos fundamentos teóricos do presente estudo.

---

<sup>11</sup> Em consonância com as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## **5 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, foram expostos e analisados, em face do material bibliográfico, os resultados obtidos na pesquisa empírica realizada junto às moradoras do Município de São Gonçalo entrevistadas.

De início, foi traçado um breve perfil das participantes da pesquisa, o qual considerou idade, profissão/situação laboral, situação conjugal, quantidade de filhos, bairro onde moram, quando, onde e em que momento foi recebida assistência considerada violenta e a sua idade na época.

Logo após, partiu-se para a análise dos resultados a partir de categorias traçadas com base nos pontos em comum nos discursos das entrevistadas. As categorias foram abordadas considerando como são tratadas na literatura e, no que foi cabível, legalmente, com destaque dos trechos dos discursos das entrevistadas nos quais elas são identificáveis. Sobre estes trechos, importa reforçar que os verdadeiros nomes de todas as participantes da pesquisa foram substituídos por pseudônimos, assim como os nomes das instituições de saúde em que foram atendidas e dos profissionais responsáveis pelo atendimento foram substituídas por letras aleatórias, como “X”, “Y” e “A”.

### **5.1 Perfil das Participantes da Pesquisa**

Como já mencionado, participaram da presente pesquisa 08 (oito) mulheres que residem no Município de São Gonçalo - RJ, receberam assistência obstétrica na rede pública e/ou particular durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto, o pós-parto ou o abortamento no citado Município e/ou nas proximidades e identificam que sofreram violência obstétrica em algum momento da assistência que receberam.

Neste subcapítulo, foram especificadas algumas características pessoais de cada uma destas mulheres, traçando o que lhes é comum e o que lhes é diverso, a fim de contextualizar os seus discursos.

Como forma de melhor apresentar as características em comento, elaborou-se o seguinte quadro<sup>12</sup>:

<b>Pseudônimo</b>	Isabela	Gabriele	Joana	Marie	Simone	Virgínia	Carmen	Madalena
<b>Idade</b>	23	31	36	35	28	20	46	28
<b>Profissão/ Situação Laboral</b>	Atriz e escritora	Motorista	Assistente social	Comerciante	Servidora pública e doula	Desempregada	Desempregada	Assistente administrativa
<b>Situação Conjugal</b>	Casada	Casada	União estável	Casada	Casada	União estável	Casada	Casada
<b>Quantidade de Filhos</b>	1	3	0	2	2	1	3	3
<b>Bairro</b>	Alcântara	Itaúna	Neves	Nova Cidade	Porto Novo	Neves	Neves	Trindade
<b>Momento da V.O.</b>	Pós-parto	Trabalho de parto, parto e pós-parto	Gestação e Abortamento	Parto e pós-parto	Trabalho de parto, parto e pós-parto	Gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto	Trabalho de parto e parto	Gestação, trabalho de parto e parto
<b>Local da V.O.</b>	Rio de Janeiro	São Gonçalo	Niterói	São Gonçalo	São Gonçalo	São Gonçalo	São Gonçalo	São Gonçalo
<b>Época da V.O.</b>	2017	2004	2017	2017	2010	2017	2001 e 2003	2008 e 2011

Como é possível observar, foram entrevistadas mulheres entre 20 (vinte) e 46 (quarenta e seis) anos, que receberam a assistência obstétrica considerada violenta entre 18 (dezoito) e 35 (trinta e cinco) anos.

Das 08 (oito) entrevistadas, 06 (seis) encontram-se atualmente inseridas no mercado de trabalho e todas são casadas ou vivem em união estável.

A quantidade de filhos varia de 0 (zero), no caso da entrevistada que passou por um processo de abortamento, a 03 (três).

<sup>12</sup> No qual V.O. constitui abreviação do termo “violência obstétrica”.

Com relação à assistência obstétrica considerada violenta, destaca-se que as participantes da presente pesquisa identificam a sua ocorrência em 05 (cinco) momentos diversos: o pré-natal/gestação, o trabalho de parto, o parto, o pós-parto e o abortamento, sendo que 03 (três) perceberam violência durante a gestação, 05 (cinco) durante o trabalho de parto, 06 (seis) durante o parto, 05 (cinco) durante o pós-parto e 01 (uma) durante um processo de abortamento que vivenciou. Destaque-se ainda que, dentre as mulheres entrevistadas, 07 (sete) identificam que foram submetidas a condutas violentas em mais de um momento em que receberam assistência obstétrica.

No que se refere à ocorrência dos eventos apontados como violentos, observa-se que ela se deu entre os anos de 2001 e 2017, majoritariamente no Município de São Gonçalo. Apenas em 02 (dois) casos, a assistência obstétrica considerada violenta ocorreu em Municípios vizinhos, Niterói e Rio de Janeiro, ambos da Região Metropolitana do Estado, assim como o Município de São Gonçalo.

## **5.2 Categorias de Análise**

A partir dos pontos de convergência nos relatos das participantes da presente pesquisa, foram traçadas 05 (cinco) categorias de análise.

A primeira é referente às práticas recorrentes, que foram subdivididas em privação de acompanhante, procedimentos não consentidos e sem informação, privação de água e comida, abandono, negligência e recusa de assistência e abuso verbal. Destaca-se que todas as subdivisões já haviam sido verificadas na literatura, tendo sido, assim, confirmadas nos discursos das entrevistadas.

A segunda categoria é relativa ao chamado tratamento desumanizador relatado pelas entrevistadas. Sobre esta categoria de análise, observa-se que, embora a desumanidade do tratamento obstétrico seja abordada na literatura há bastante tempo, os relatos das entrevistadas trouxeram uma particularidade que não havia sido constatada previamente nas obras que serviram de embasamento teórico para o presente estudo, que é a comparação de si mesmas com animais e dos locais onde foi prestado o atendimento considerado violento com lugares em que animais são abatidos e/ou comercializados.

A terceira é focada nos problemas estruturais, que foram trazidos por algumas das entrevistadas e que, embora não tenham sido observados na literatura como uma categoria autônoma, são apontados por alguns autores como determinantes para a ocorrência de casos de violência obstétrica (D'OLIVEIRA *et al.*, 2002).

A quarta categoria de análise refere-se à mercantilização da assistência obstétrica, que surpreendeu ao surgir nos relatos das entrevistadas, por se tratar de uma percepção da problemática da violência obstétrica que é pouco abordada na literatura, ao menos nos estudos consultados ao longo da elaboração da presente monografia.

Por fim, a quinta categoria versa sobre a verificação de um silenciamento das mulheres, que foi constatado nos relatos das entrevistadas, confirmando considerações que já haviam sido observadas na literatura.

### **5.2.1 Práticas recorrentes**

Nesta primeira categoria de análise, foram abordadas as práticas tidas como recorrentes no contexto da assistência obstétrica, que apareceram nos discursos de várias das entrevistadas e que, possivelmente por sua ampla incidência em diversos casos, são muito destacadas na literatura e até mesmo na legislação existente sobre o tema da violência obstétrica.

Ao tratar desta categoria em especial, interessante observar, logo de início, que, consoante ressalta Pulhez (2013), são estas práticas comuns, usuais, rotineiras que menos são identificadas como abusivas pelas mulheres que receberam assistência obstétrica, uma vez que acabam se tornando parte do que socialmente se concebe como constitutivo de parto.

#### **5.2.1.1 Privação de acompanhante**

Desde 2005, quando entrou em vigor a Lei n.º 11.108, é direito da mulher legalmente reconhecido no Brasil ter um acompanhante, de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.



De acordo com informações divulgadas pelo Ministério da Saúde<sup>13</sup>, a chamada “Lei do Acompanhante” é válida tanto para partos normais quanto para cesarianas, e a presença do acompanhante não pode ser impedida pelo hospital, pelos médicos, pelos enfermeiros ou por qualquer outro membro da equipe, devendo ser estabelecido contato com a Ouvidoria do Ministério da Saúde caso este direito não seja respeitado.

Ademais, como visto na análise da literatura, o direito da mulher ao acompanhante e a importância desse acompanhamento para o seu bem-estar são bastante enfatizados, tendo sido inclusive tópico das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Tecnologia Apropriada para o Parto (1985).

Tesser *et al.* (2015), por sua vez, apontam o direito ao acompanhante durante o atendimento obstétrico como um dos direitos normalmente violados em casos de violência obstétrica. Nesta mesma linha, manifesta-se Chadwick (2016), que faz expressa referência à privação de acompanhante quando aborda as práticas que constituem violência obstétrica.

É este também o entendimento adotado na Lei Municipal n.º 667/2016, que se propõe a estimular a elaboração de medidas para promover a erradicação da violência obstétrica no Município de São Gonçalo - RJ. De acordo com o artigo 3º, incisos IX e XXI, do referido instrumento legal, considera-se violência obstétrica privar a mulher da presença de acompanhante de sua escolha e tratar o pai como visitante, vedando a sua presença fora dos horários reservados à visitação nas instituições de saúde.

A despeito do exposto, das 08 (oito) entrevistadas, 06 (seis) viveram ou presenciaram a privação de acompanhante durante o recebimento da assistência obstétrica ao parto. Destaque-se, por oportuno, que, destas, 05 (cinco) receberam a assistência na qual identificam violência obstétrica após a entrada em vigor da Lei n.º 11.108/2005. Duas inclusive ressaltaram a existência do direito ao acompanhante, narrando, entretanto, que foram impedidas de exercê-lo.

Nesse sentido foram as falas de Marie e Madalena.

---

<sup>13</sup>Disponíveis em sítio eletrônico oficial do governo federal do Ministério da Saúde: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-homem/lei-do-acompanhante>. Acesso em: 23 ago. 2018.

Segundo Marie:

“Não deixaram, **não deixaram ninguém assistir o parto. Não pôde ninguém assistir o meu parto. Eu queria muito que a minha mãe ficasse junto comigo para assistir, mas eles não deixaram ninguém assistir o parto.** E, no final da gestação, quando eu estava lá no hospital, tinha um pai, que ia assistir o parto, que teve uma confusão lá, que bateu o pé, que disse que ia assistir o parto, porque é lei, ‘né’? **Assistir o parto é lei.** Só que, na época, eu não tinha conhecimento dessa lei e aí eu acabei deixando passar. Ninguém assistiu o parto. (...) **Só pode entrar gente no horário de visita.**” (Marie)

Como é possível observar, Marie, que foi submetida a uma cesariana, ressaltou que não permitiram que ninguém estivesse com ela durante a cirurgia, nem mesmo sua mãe. Narrou ainda que presenciou, enquanto estava no hospital, um pai se insurgindo contra a proibição de acompanhar o parto de seu filho.

Do trecho da fala da entrevistada acima transcrito, interessante notar também que, no momento da entrevista, ela demonstrou ter conhecimento da Lei n.º 11.108/2005, que assegura à mulher o direito de ter um acompanhante, inclusive quando a via de nascimento é a cesariana. No entanto, afirmou que não tinha conhecimento dessa garantia legal na época em que recebeu a assistência obstétrica que considera violenta e que isso influenciou sua resposta à restrição imposta pelo hospital.

Outro ponto importante da narrativa de Marie é relativo ao fato de o hospital no qual foi atendida somente permitir que alguém acompanhe a mulher nos horários de visita, o que é, como exposto acima, expressamente previsto na Lei Municipal n.º 667/2016 como uma conduta que caracteriza violência obstétrica.

Madalena, de forma semelhante ao que ocorreu com Marie, também só pôde ter alguém de sua família consigo nos horários de visita instituídos pelo hospital. Do relato desta entrevistada, interessante notar não só que ela demonstrou ter conhecimento da garantia legal trazida na Lei n.º 11.108/2005, como também que ela relatou que a clínica que a atendeu permite a presença de acompanhante caso a gestante aceite pagar a quantia de R\$ 100,00 (cem reais) e escolha uma pessoa do sexo feminino para acompanhá-la. Nesse sentido é o relato da entrevistada:

“**Fui admitida, fiquei lá a noite inteira, sem acompanhamento nenhum.** Inclusive, tinha uma menina passando mal já para nascer e eu que tive que levantar para chamar uma enfermeira para atender ela, porque estava todo mundo dormindo.

(...) Ali não pode ter acompanhante. Por mais que tenha a lei, eles asseguram que, por ser uma clínica particular, que atende o SUS, não aceitam de jeito nenhum. Inclusive, tem segurança lá para botar todo mundo para fora. Eles falam que, se você quiser acompanhante, você tem que pagar. Na época, era 100 (cem) reais. Você tem que pagar pelo acompanhante, sendo que é uma coisa que é direito seu. (...) Tinha que pagar uma taxa de 100 (cem) reais para ter acompanhante lá, tinha que ser mulher e só em horário comercial. E a gente sabe que a lei não funciona assim, ‘né’? Uma hora só de visita. O pai não tinha direito a visitar, só mulher.” (Madalena)

De acordo com Carmen, mulher que teve seus 03 (três) filhos no Município de São Gonçalo, na rede pública de saúde, é conduta usual não permitir o acompanhamento da mulher durante o parto. Como narrado pela entrevistada, ela foi deixada sozinha em seus três partos:

“Não deixam. **Maternidade pública não deixam ter acompanhamento.** (...) **Tive três partos. Todos os três sozinha.** (...) **A rede pública não permite acompanhante.** Mesmo que você seja menor de idade, não permite acompanhante, não permite.” (Carmen)

Embora o filho mais jovem de Carmen tenha nascido em 2003, interessante observar que Virgínia, que teve sua filha em 2017, em maternidade da rede pública do Município de São Gonçalo, assim como Carmen, também não pôde ter acompanhamento.

“Ah, e **não pôde entrar o meu marido comigo**, por ser Maternidade Y, as mulheres ficavam lá seminuas, só com aquele roupão branco transparente. (...) **Eu tive que ficar lá dentro sozinha e, se você está sozinha, você é esquecida**, porque na maternidade pública funciona assim: você tem que ter alguém para fazer o barraco para poder cuidarem de você. Mas eu estava sozinha. Aí quando acharam uma cama para mim, era lá no final, perto das coisas para fazer exercício e ajudar a dilatar. Aí **fiquei lá sozinha.** A médica veio e me deu o toque era uma hora da tarde, aí me deixou lá. Eu andava ‘pra’ lá e ‘pra’ cá. Eu falei que não ia chorar, não chorei, eu me segurei até o final. Não fiz escândalo. Até porque, como você está sozinha, se você fizer essas coisas, você vai ser muito maltratada. (...) **Não deixaram o meu marido ver o parto e assim, era um momento único também pra ele. Eu fiquei lá dentro sozinha todo o momento.** Foi horrível. Se eu olhar para um teto de hospital, já começo a chorar. A gente fica para sempre com esse trauma. (...) **Deixaram o meu marido entrar só no horário de visita.**” (Virgínia)

Destaca-se que tanto Carmen quanto Virgínia enfatizaram, como se depreende dos trechos de suas falas acima transcritos, a questão da solidão. Ambas narraram ter ficado sozinhas durante os seus partos. Sobre isso, ressalta-se que, como se extrai do relato de Virgínia, tal situação foi considerada altamente gravosa pela entrevistada, uma vez que a percepção dela é que, nas maternidades da rede pública, a privação de acompanhante favorece a falta de assistência e o “esquecimento”.

Importante ainda observar que, embora tenha sido destacada, nos dois relatos anteriores, a ocorrência da privação de acompanhante na rede pública de saúde, as entrevistadas que foram atendidas em clínicas particulares também relataram a mesma situação. Foi o caso de Marie, cujo relato foi acima transcrito, e de Joana e Gabriele.

Joana, que também salientou a solidão durante o atendimento obstétrico que recebeu, narrou que, além de ter sido privada de acompanhamento, presenciou outra mulher passando pela mesma situação no local. Tal é o seu relato:

“Só na Maternidade X que não, lá não pode entrar, homem não entra, **a mulher que estava passando mal para ter o neném também não pôde entrar o companheiro dela.** Não deixaram entrar. (...) Só mulher que entra lá. Mas, para acompanhar, nem mulher. Você pode entrar para olhar e sair. Eles dizem que não tem espaço. (...) **Tem que entrar sozinha.**” (Joana)

Já Gabriele não só foi privada de acompanhante, como também foi submetida a uma situação de total isolamento. Como se observa do trecho a seguir destacado, a participante desta pesquisa não podia nem mesmo estabelecer contato telefônico com os seus familiares, o que a fez estabelecer uma comparação entre o hospital no qual foi atendida com uma prisão:

“**Não deixaram ninguém entrar, ninguém subir. Nem telefone.** Eu fiquei falando no telefone escondida. Eu lembro que eu levei o telefone na minha bolsa, aí eu falava escondida com o meu marido lá embaixo. Ele estava lá embaixo. (...) Ninguém podia subir. Minha mãe ficou lá embaixo, minha sogra, ele. (...) A gente tinha que se virar sozinha. (...) eles só foram no outro dia, **no horário da visita,** que foi quatro horas da tarde. (...) **Fiquei desde as sete horas da manhã do dia anterior sem ver ninguém.** E nem falava com ninguém, porque o telefone descarregou. E a gente era proibida de falar no celular dentro dos quartos, ninguém podia falar no telefone não. Não sei o porquê. Ninguém podia falar no telefone, ninguém podia ter telefone. **Era praticamente uma prisão.** Aí ela falava: “Olha, não pode ter telefone, é proibido telefone!”. **Não sei se era porque iam relatar o que estava acontecendo, não sei qual era o intuito deles, mas não podia.**” (Gabriele)

Sobre a última frase do trecho transcrito do relato de Gabriele, interessante observar que a hipótese levantada por ela para a privação de acompanhante e a proibição de comunicação com seus familiares relaciona-se bastante com a análise que Tesser *et al.* (2015) fazem do porquê privar a mulher do acompanhamento é prejudicial. De acordo com os autores, a presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar. Nesse sentido, manter uma mulher sem acompanhamento e sem comunicação externa durante o trabalho de parto e/ou o parto é conduta que impede que ela

relate possíveis violências que esteja sofrendo e que não permite que ela seja amparada por pessoas próximas, que poderiam coibir práticas consideradas violentas.

Por todo o exposto, é possível observar que, embora a importância do acompanhamento de escolha da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto seja enfatizado pela OMS há mais de 30 (trinta) anos e haja lei federal no Brasil que assegura esse acompanhamento há mais de 13 (treze) anos, a privação de acompanhante foi relato frequente nos discursos das participantes da presente pesquisa, muitas das quais destacaram também que os pais dos bebês foram tratados pelas instituições de saúde como meros visitantes, podendo acessá-las apenas durante os horários especificamente voltados para a visita dos pacientes.

#### **5.2.1.2 Procedimentos não consentidos e sem informação**

Em 1985, com a publicação das recomendações sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, a OMS ressaltou, a nível mundial, o direito da mulher à escolha e à informação sobre os procedimentos a que é submetida no campo da obstetrícia.

Na literatura especializada, a negação de informações a respeito dos procedimentos realizados, a transmissão de falsas informações sobre eles e a sua realização sem o consentimento da mulher são condutas amplamente consideradas como caracterizadoras de violência obstétrica (BOWSER e HILL, 2010; CHADWICK, 2016; DINIZ *et al.*, 2015; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002; PICKLES, 2015; SADLER *et al.*, 2016; SÁNCHEZ, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Tal é também a percepção das mulheres que participaram da presente pesquisa. Das 08 (oito) entrevistadas, 07 (sete) narraram terem sido submetidas a procedimentos sobre os quais não foram devidamente informadas e em relação aos quais não manifestaram o seu consentimento.

A falta de informação foi percebida por Isabela e por Joana. Isabela narrou que visualiza violência obstétrica na ausência de explicações acerca do procedimento a que foi submetida, embora não questione a necessidade de sua realização. A entrevistada destacou ainda ter se sentido desconsiderada enquanto pessoa. Nesse sentido é o seguinte trecho de seu relato:

**“Quando foi a hora do atendimento pós-parto que foi quando aconteceu a minha violência obstétrica,** porque assim, lá, a gente sabe, hospital do SUS é uma grande rotatividade. Então, assim, tem uma grande rotatividade, a gente sabe que os médicos, eles falam a mesma coisa umas quinhentas vezes por dia, mas a gente espera que a conduta seja individualizada. E eu não tenho nada ver com isso se a pessoa já falou quinhentas vezes naquele dia. **Quando ela me atende, eu estou cheia de dúvidas e é a minha primeira vez ali.** Mas aí ela, tinha duas médicas, elas pediram para eu entrar, aí eu entrei, pediram para eu deitar na maca e tirar a calcinha. (...) Aí eu falei: “Tá, mas o que vai acontecer?”. Aí elas falaram: “A gente vai te avaliar”. Aí eu falei: “Beleza”. Aí apertou minha barriga e tal. (...) **não me explicaram nada do que ia acontecer.** E fizeram um toque. A obstetra fez um toque. Aí eu já meio que senti, porque eu não esperava. Aí eu já fiquei assim olhando e elas falando entre elas. (...) Sem nem olhar pra mim. Nesse momento, eu me senti uma vaca sendo avaliada, aquela vaca de matadouro, sabe? Aí eu fiquei ali. Aí ela veio e falou: “A gente vai fazer mais uma avaliação”. Aí eu falei: “É um toque?”. Aí ela falou assim: “É, porque eu senti que tem um coágulo e a gente precisa tirar”. Aí eu falei: “Tá”. Aí ela pediu para abrir a perna de novo, eu abri e ela foi e colocou a mão lá e ficou futucando. **Só que eu sentia, ‘né’? Eu sou alguém, eu estou ali. E doía.** Então, eu fechava a perna. Aí ela falou: “Se você não abrir a perna, a gente não vai conseguir tirar”. Eu falei: “Só que está doendo muito”. “Mas a gente precisa tirar, senão isso pode infeccionar”. Aí eu tentei me tirar daquele lugar, naquele momento. **Tudo bem, poderia ser um procedimento necessário e tal, mas eu senti que faltou informação, sabe? Faltou informar ali o que ia acontecer, que eu ia sentir um desconforto ou que ia doer até. Eu achei que faltou ali informação naquele momento.** Aí fizeram. Tiraram a merda do negócio. Sangrou. Saiu bastante sangue. Aí voltei para o quarto, mas me senti um pouco dolorida, sabe?” (Isabela)

Joana, por sua vez, também enfatizou não ter recebido explicações sobre o procedimento realizado. Segundo a entrevistada, a profissional que a atendeu lhe aplicou ocitocina sintética, sem informá-la do que se tratava e qual era a função do “medicamento”. Joana apenas soube qual “medicamento” havia sido ministrado posteriormente, como se percebe do seu relato:

“(...) depois voltei, a menina falou para mim assim: “Olha, você já está expelindo, eu vou te aplicar um remédio para dor e vou te dar um remédio para contrair o seu útero”. Mas eu imaginei que fosse um remédio para fechar o meu útero, para eu parar de sangrar, uma coisa assim. **Eu não sabia o que eles tinham aplicado, depois que eu fui saber que eles tinham aplicado ocitocina.** E eu não sabia que era isso. Ela não me explicou.” (Joana)

As demais participantes da pesquisa também relataram a ausência de informações sobre os procedimentos. Narraram ainda terem sido submetidas a procedimentos que, além de violentos pela ausência de consentimento e de informação, são por si só apontados pela literatura como violência obstétrica.

Gabriele, por exemplo, foi, sem que antes fossem lhe dadas explicações ou solicitado o seu consentimento, submetida a exames de toques constantes e à episiotomia. Como se extrai do seguinte trecho do seu relato:

**“Aí chegou lá na clínica e fica naquela, 'né'? A gente perde a dignidade totalmente, porque toda hora vem um e faz o toque e nada. (...) Não me explicavam nada, nada. (...) Tive um corte. Foram eles que cortaram. Não me perguntaram nada. Me cortaram e fizeram até um talho grande.”** (Gabriele)

Embora a realização da episiotomia seja questão polêmica, uma vez que alguns, como a própria OMS (1985) só a consideram problemática quando feita como procedimento desnecessário, de rotina, outros, como Pickles (2015) e Sánchez (2014), apontam que se trata de prática médica que não provou suas vantagens para o bem-estar de mulheres e bebês. Tesser *et al.* (2015), que se dedicam a traçar o motivo pelo qual a episiotomia é uma prática prejudicial, apontam que ela aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária.

Carmen, além da episiotomia sem consentimento, foi submetida, também sem consentir previamente, à sedação sem justificativa aparente e a procedimento conhecido como Manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o intuito de estimular a saída do bebê e provocou o deslocamento de uma de suas costelas. Nesse sentido, narrou:

**“Hoje em dia, eu tenho uma costela fora do lugar, minha costela saiu porque, na hora do parto, ela teve que fazer muita pressão. Minha costela saiu do lugar. Ela fez muita pressão em cima da barriga. Aí a minha costela deslocou. Até hoje eu tenho a costela deslocada, nunca mais voltou para o lugar. (...) Aí eles me doparam e eu não vi mais nada, só fui acordar no dia seguinte. (...) Só sei que eles me deram medicamento para dormir e eu só acordei no dia seguinte. Eu só sei que meu filho é meu filho porque ele foi o único menino que nasceu na maternidade e eu havia feito um ultrassom que constava que era menino de manhã. (...) Tive um corte, tive ponto dele. Foi a enfermeira que fez. Foi tudo por conta dela. (...) Eu tive esse corte. Eu tive dificuldades para andar, tive muita dificuldade para andar, porque eu acho que esse corte foi feito errado, porque existe um lugar certo do períneo para ser feito. Ela fez meio assim muito rápido. Eu até entendo. E eu tive dificuldade de andar, eu sentia muitas dores, muitas dores. Depois que eu fui descobrir que era a minha costela que estava fora do local. Eu tive que enfaixar, mas não podia botar gesso. E doía muito, eu mal conseguia respirar. Então foi um pós-parto muito ruim. Muito ruim mesmo. Muito trabalhoso.”** (Carmen)

Destaca-se que, embora ela mesma tenha percebido o procedimento como necessário na época em que foi realizado, como se percebe pela leitura do trecho acima, a Manobra de Kristeller, de acordo com Sánchez (2014), é comprovadamente arriscada e constitui violência obstétrica, sendo apontada por Tesser *et al.* (2015) como prática claramente prejudicial, por

ser associada a lacerações perineais graves e à internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal do bebê.

Como é possível observar, as participantes da presente pesquisa foram submetidas, sem prévio consentimento informado, a uma série de intervenções consideradas violentas no campo da obstetrícia. É o que Madalena, que passou por dois partos no Município de São Gonçalo que considera cercados de violência, chamou de “pacote de intervenções completo”.

**“O parto foi aquele show de horrores. Com direito a tudo. O bebê era prematuro, então, conseqüentemente, ele era pequeno. Eu precisei de ‘episio’. Eu pari em posição deitada, litotomia. Eu não tive apoio nenhum. Aquela coisa bem antiga mesmo. Deitada na cama com os pés para cima, ‘episio’, manobra de Kristeller, puxo dirigido. O pacote de intervenções completo. Eu não pude ver o bebê assim que ele nasceu. A enfermeira falou assim: “E aí, doutor?”. Ele falou assim: “Esse vai para a incubadora”. Me mostraram ele, sem tocar, e ele foi para o berçário. Eu não sei, mas, provavelmente, ele passou por todos os procedimentos. E eu só fui pegá-lo umas nove da noite. Ele nasceu quatro da tarde. Nove da noite que eu consegui levantar, tomar banho e ir buscar ele no berçário. (...) Não me deram informação sobre os procedimentos. Só fizeram. A única coisa que eu perguntei foi na hora em que ele nasceu, que ele estava me suturando, que a enfermeira deu uma injeção no meu braço e eu falei: “Para que é isso?”. Aí ela falou: “Para parar o sangramento”. Provavelmente, foi uma injeção de ocitocina. Foi no braço. Mas porque eu perguntei. Senão ela não teria falado. (...) eu lembro que era um médico que não era brasileiro. Então, provavelmente ele falou alguma coisa, mas eu não entendi nada. Mas ele foi bem rude todas as vezes me que ele foi lá examinar tanto eu quanto as outras meninas. (...) E o parto, eu lembro que, quando eu sabia que estava na hora de nascer, que eu falei que eu estava com vontade de fazer força, ela falou para eu ir andando até a sala de parto, que é um cubículo, é um lugar minúsculo, deve ter dois metros por dois. E manobra de Kristeller de novo... eu só não tive ‘episio’, lacerou um pouquinho, mas, graças a Deus, foi bem melhor. E o médico não me deu anestesia para me suturar. Eu lembro exatamente da dor que eu senti quando ele deu o ponto sem me anestesiar. E eu lembro que eu gritei: “Está doendo! Está doendo!”. E ele falou: “Espera, já está acabando”. E ele me suturou sem anestesia. Na primeira gestação, fizeram ‘episio’, mas eu não senti. Fui anestesiada. Não senti. Tanto que eu não sabia que era ‘episio’, não sabia que tinham me cortado. Eu descobri depois.”**  
(Madalena)

Simone também enfatizou a realização de uma série de intervenções sobre as quais não recebeu qualquer explicação, tampouco consentiu. Na sua perspectiva, ela foi submetida a uma cascata de intervenções que constituem violência obstétrica e que culminaram na necessidade de realização de uma cesariana de emergência. Ela teve que ficar em litotomia (posição assemelhada à ginecológica), teve sua bolsa estourada (amniotomia) e o médico determinava quando ela deveria fazer força (puxo dirigido). Todos esses procedimentos, para além de não terem sido devidamente explicados e consentidos, constituem, por si só, práticas que a literatura aponta como constitutivas de violência obstétrica (PICKLES, 2015; SÁNCHEZ, 2014; TESSER *et al.*, 2015).



“Eu só lembro que eu tomei a anestesia e aí eu já não sentia as pernas. Não foi anestesia geral, mas eu não sentia as pernas. Ou seja, não podia ficar nem semi-inclinada. Ficar ereta, eu não conseguia. **Tinha que ficar deitada. O médico falou para eu colocar as pernas na perneira e botar a mão na barriga, sentir a contração e fazer força.** Antes, ele me deu a anestesia, eu fiquei deitada e **ele estourou a minha bolsa. A minha bolsa ainda não tinha rompido.** Meu marido me conta que ele pegou, porque a agulha de estourar a bolsa parece uma agulha de tricô, que estoura, porque a pontinha dela é tipo uma agulha de crochê mesmo. **Não dói, eu sei que não dói, mas assim, qualquer médico tem que falar o que vai fazer em você, qual é a indicação para ele estar fazendo aquilo, quais são os riscos de ele estar fazendo aquilo. Eu não fui informada de nada. Ele só falou assim para o meu marido: “Não se assusta não, não vai doer”.** Só falou que ia romper porque ainda não tinha rompido. (...) E falou que talvez precisaria usar o fórceps. Nisso, quando ele já fez esse segundo toque, eu já estava com nove de dilatação. Aí estourou a bolsa. Nisso que estourou a bolsa, ele falou para eu fazer força a cada contração que viesse. Ou seja, mais uma violência, puxo dirigido. Aí eu estava fazendo força, mas eu não sentia a contração, porque eu estava dormente. (...) E **acabou em uma cesárea de emergência que hoje eu sei que foi devido à violência obstétrica. Uma cascata, uma intervenção foi puxando a outra, puxando a outra, até que me levou para a cesárea.**” (Simone)

Com relação especificamente ao ato de estourar a bolsa, chamada de amniotomia, destaca-se que a visão da entrevistada sobre as intervenções a que foi submetida terem conduzido-a a uma cesariana de emergência coaduna-se com a de Tesser *et al.* (2015), que categoriza a prática como claramente prejudicial e destaca que ela aumenta a possibilidade de realização de cesariana.

Por fim, destaca-se o caso de Virgínia, que também foi submetida ao que se pode chamar de um “pacote de intervenções completo”, mesmo tendo veementemente se negado à realização dos procedimentos que considerava inadequados e tendo ciência de que tinha direito a essa recusa. Foi ministrada ocitocina sintética (“soro”), injetada à força, por pura conveniência médica, tendo a profissional reconhecido que estava adotando o procedimento para acelerar o trabalho de parto e, assim, ir mais cedo para casa. Foi realizada episiotomia e suturado o corte sem nem mesmo a aplicação de anestésicos no local. E foi ainda realizada Manobra de Kristeller.

Ressalta-se, por oportuno, que, como nos casos anteriores, todos esses procedimentos são reconhecidos, por si só, como violentos não apenas pela entrevistada, mas também pela literatura (CHADWICK, 2016; PICKLES, 2015; PULHEZ, 2013; SANCHÉZ, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Como relatou a entrevistada:

“Quando foi oito e dez, as margaridas apareceram lá e falaram: “Nós vamos ter que te colocar no soro”. Eu estava com nove de dilatação. Elas falaram que já estava até dando para sentir. Eu não sei bem. **A gente só fica lá, deitada. A gente não tem como debater, porque a gente não é médico, sabe? Ela foi e deu o toque e falou: “Eu vou ter que te colocar no soro”. Eu perguntei: “Por quê? Eu estou com nove de dilatação”. Ela falou: “Porque eu tenho que ir para casa”. Você acredita? Foi isso que eu ouvi da médica. Ela pegou e me colocou no soro. E eu falei que não queria.** Eu falei que não queria ficar no soro na hora que ela começou a vir com as coisas. **Aí ela pegou e colocou em mim. E eu falando: “Eu não quero! Eu não quero! Tira!”.** Eu falei que eu não queria. Eu falei: **“Eu não quero!”.** **Eu até tentei pegar o celular para mostrar que, se a grávida não quisesse, ela tem o direito dela.** Eu tentei até digitar, mas eu estava tão sem força que eu não consegui me defender. Então assim, foi horrível para mim o momento. **Me colocaram no soro à força.** A dor é tanta, parece que é uma dor que o seu corpo não está preparado, porque é uma dor que é novidade para o seu corpo. (...) Teve uma hora que eu fiz uma força assim forte e ela pediu para eu acalmar um pouco. **Aí quando eu fui fazer força de novo, ela foi e me cortou. Me fez o corte. Sem me dar nada. Nem me deu a anestesia.** (...) **E veio uma mulher fazer assim para tentar induzir. Ela empurrou em cima da minha barriga.** E essa mulher eu dei um tapa nela quando ela fez isso, porque veio uma dor muito forte, que foi a contração, a dor do soro e mais a mulher fazendo assim na minha barriga. **Para que ela estava fazendo isso se a minha filha já estava saindo naturalmente?”** (Virgínia)

No que se refere a esse caso específico, é importante notar as nuances que assume uma mesma categoria de violência. Nos casos anteriores destacados neste subcapítulo, as mulheres não receberam informações sobre os procedimentos a que foram submetidas, tampouco foi solicitado o seu consentimento para a realização deles. No caso de Virgínia, por sua vez, houve uma expressa e veemente recusa à realização dos procedimentos. Ademais, diferente da maior parte das demais entrevistadas no bojo da presente pesquisa, Virgínia tinha, já no momento do parto, consciência de que alguns dos procedimentos realizados eram violentos.

Por fim, ressalta-se ainda, com relação ao caso de Virgínia, que a assistência foi recebida no Município de São Gonçalo no ano de 2017, quando já estava em vigor a Lei Municipal n.º 667/2016, que traz a submissão da mulher a procedimentos para acelerar o parto por conveniência médica como um exemplo de violência obstétrica, prática que, como já exposto, a mencionada lei busca contribuir para a erradicação.

### 5.2.1.3 Privação de água e comida

De acordo com entendimento manifestado pela OMS há mais de três décadas (1985), para a promoção de seu bem-estar durante o trabalho de parto, deve ser dada à mulher a possibilidade de decidir, entre outras coisas, sobre a sua alimentação.

Isso não é, porém, o que ocorre em muitos casos. No bojo da presente pesquisa, metade das mulheres entrevistadas foi privada de alimento e até mesmo de água durante o trabalho de parto e/ou por várias horas que se seguiram ao parto.

Gabriele ficou mais de 24 (vinte e quatro) horas sem comer e sem beber nada:

**“Não comi nada. Nada, nada. Eu fiquei mais de vinte e quatro horas sem alimento nenhum. O dia inteiro. (...) Diziam que eu não podia comer. Nem água elas me deram. Nem água.”** (Gabriele)

Situação muito semelhante aconteceu com Marie, que também narrou ter sido privada de alimento por mais de 24 (vinte e quatro) horas:

“Foi marcado o parto para eu fazer e você tem que fazer o parto em jejum. Aí, depois do parto, você só pode comer quando passa a anestesia, só que **a cozinha deles fecha às dezoito horas. Então, eles fecharam a cozinha e deixaram eu e uma outra menina com fome.** A sorte é que minha mãe levou biscoito e algumas frutas. Aí nós trocávamos frutas e biscoito doce e salgado, porque nós ficamos com fome. **Fizemos reclamação, dizendo que a gente tinha ficado com fome e que não tinha comida para a gente, aí falaram que a cozinha tinha fechado e que não tinha o que fazer. Aí no outro dia que a gente estava lá, no almoço, deram canja para a gente. E a gente morrendo de fome, querendo comer comida, mas era só canja no almoço, canja na janta e a gente com fome. Aí nós ficamos com fome até o outro dia de manhã. Estávamos com fome desde o dia anterior. Ficamos mais de vinte e quatro horas com fome.** Minha cesárea foi uma e quinze da tarde, mas você tem que chegar de manhã, porque tem toda aquela preparação. Aí eu já estava sem comer, porque você tem que estar em jejum com oito horas de jejum. Então, eu só tinha comido no dia anterior à noite e fui comer no outro dia de manhã quatro biscoitinhos e meio copo de café com leite. **Morri de fome.** (Marie)

Para Madalena, que também vivenciou problema muito semelhante ao das duas entrevistadas já mencionadas, a situação foi especialmente difícil por seu parto ter ocorrido em período do ano em que costuma fazer muito calor no Rio de Janeiro. Desesperada, a entrevistada chegou até mesmo a beber água da torneira do banheiro, como se observa de trecho do seu relato:

**“Não me ofereceram água, não deixaram eu me alimentar. Era outubro, estava um calor terrível no Rio de Janeiro e eu tive que beber água escondida no banheiro, da torneira.** Eu estava com muita sede e não podia comer nem beber água em momento nenhum.” (Madalena)

Sobre esses três casos destacados, importa observar que as três entrevistadas cujos trechos dos relatos foram transcritos acima foram atendidas no mesmo hospital, embora em momentos diversos. Gabriele foi atendida em 2004, Madalena em 2008 e Marie em 2017.

Destaca-se, por fim, o caso de Virgínia, que, apesar de vivenciado em hospital diverso, não destoa muito das narrativas anteriores:

**“Ele tentou levar alguma coisa para eu comer, mas não deixaram nada. (...) Ele foi levar fruta para eu comer, suco de laranja, porque, realmente, eu desmaio à toa. Mas elas pegaram e falaram que eu não ia poder comer. Falaram para ele levar. (...) E detalhe: a comida, o café da manhã, foi chegar na hora do almoço. Eu estava verde de fome. Não aguentava nem dar de mamar para a minha filha, sabe? (...) Eu sentia muita dor e eu estava com muita sede. E elas não me deixavam sair dali. Eu pedi um copo d’água e a enfermeira começou a beber água na minha frente, mas não pegou para mim. Ela falou que não podia me dar água. Ela não me deu água. Fiquei com sede. Quando eu tive o meu parto, a minha garganta estava tão seca que eu fazia força com a boca fechada para não entrar ar e secar mais a minha garganta. Eu fiquei o dia inteiro com muita sede e muito frio, porque eu pedi só um lençol e não me deram. Eu fiquei destampada, porque você fica seminua, só com uma camisolinha.”** (Virgínia)

A despeito da visível semelhança entre os quatro relatos destacados nesse subcapítulo, um ponto do relato de Virgínia chama atenção. Não só não foi permitido que a entrevistada se alimentasse ou bebesse água, como também uma das enfermeiras que a atendeu bebeu um copo de água na sua frente enquanto se recusava a fornecer a bebida à Virgínia.

Para Pickles (2015), que define violência obstétrica como atos violentos durante práticas obstétricas em ambientes hospitalares durante o parto, o jejum de água e comida, como o que as mulheres cujos relatos foram destacados acima foram submetidas, é um claro exemplo de prática que constitui violência obstétrica.

Trata-se, de acordo com Tesser *et al.* (2015), de prática claramente prejudicial, que gera desconforto na parturiente, sendo recomendado que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.

#### **5.2.1.4 Abandono, negligência e recusa de assistência**

Bowser e Hill (2010), ao fazerem uma revisão das evidências relacionadas ao abuso e desrespeito durante o parto (nomenclatura utilizada para fazer referência à violência obstétrica em alguns países), elencam sete categorias. Dentre elas, as autoras ressaltam o abandono, tratado na literatura juntamente com que se denomina como negligência e recusa de assistência (DINIZ, *et al.*, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

Trata-se de prática amplamente reconhecida como violência obstétrica pela literatura (CHADWICK, 2016; DINIZ *et al.*, 2015; SADLER *et al.*, 2016; TESSER *et al.*, 2015) e também pelas mulheres que foram entrevistadas no bojo da presente pesquisa.

Interessante notar sobre isso que o relato mais frequente, que é o de terem sido deixadas sozinhas durante o trabalho de parto, é um dos exemplos que Bowser e Hill (2010) citam ao ilustrarem o abandono. Nesse sentido foram os relatos de Gabriele, Virgínia, Carmen e Madalena.

Gabriele, que, ao entrar em trabalho de parto, não recebeu qualquer assistência do médico que realizou o seu acompanhamento ao longo da gravidez, foi deixada sem atendimento por horas no quarto de hospital. Durante o trabalho de parto, a entrevistada nem mesmo foi verificada por um médico, como se observa do seguinte trecho do seu relato:

**“Não vi médico nenhum. Só as enfermeiras e tinha hora que ficava de duas a três horas sem aparecer ninguém. Aí eu fiquei andando, andando, andei no corredor, aí tinha uma mulher que ela gritava tanto, tanto, ela ficou também o dia todo gritando lá. Ela estava para ter filho e não tinha enfermeira nenhuma. (...) Agora que eu tenho noção, 'né'? Agora que a gente tem noção. Depois que eu fiquei sabendo o que teria que ser feito. Primeiro que eu não poderia ter ficado sozinha em momento algum e ele não me deu assistência nenhuma, o médico que eu fiz o acompanhamento todo, o meu pré-natal todo com ele, ele não me deu assistência nenhuma. Não pedi para ninguém ir ver. Porque o doutor, ele tem o filho também que é dono da clínica lá, que, se eu não me engano, no dia ele estava até na clínica, mas ele estava fazendo só os particulares. Eu acho que ele poderia ter pedido para ele, 'né'? Como eu já era paciente dele, ir lá ver, dar uma atenção, não sei. E as horas que eu fiquei lá sentindo dor sem ninguém, nem a enfermeira. Se apareceu enfermeira durante esse dia todo três vezes foi muito.”** (Gabriele)

Situação muito semelhante foi vivenciada por Madalena e também por Virgínia. Com relação a esta última, destaca-se que ela considera que a privação de acompanhante foi determinante para que os profissionais a deixassem tanto tempo sem qualquer atendimento. Nesse sentido:

**“Ela viu que eu estava sozinha, viu que não tinha ninguém para me defender e ela sumiu. A médica veio me atender oito horas da noite. Eu desmaiava, eu acordava e ninguém. Eu poderia ter perdido a minha filha. E, quando apareceu duas enfermeiras que estavam lá, eu não sei se eram enfermeiras ou eram estagiárias, eu não sei, eu sei que as meninas me deram uma assistência, conversaram comigo. Elas não podiam fazer nada, porque elas não eram a médica, mas elas ficaram lá conversando comigo, me ajudaram a tomar banho. Quando elas foram me ajudar a tomar banho, eu desmaiei no banheiro, passando mal já, pedindo para vir alguém me ver. Ninguém veio me ver. Eu fiquei lá jogada, o dia inteiro jogada. Ninguém veio me dar um toque para saber como estava o bebê. Tinha hora que eu chamava e a médica falava: “Espera, vai chegar a sua vez”. Elas foram me ver**

**era oito horas da noite. Eu entrei onze horas da manhã, me deram o toque uma hora da tarde e foram me ver esse horário, oito da noite.”** (Virgínia)

Um pouco diverso é o caso de Carmen. Diferente das entrevistadas cujos relatos foram acima destacados, Carmen, que já chegou ao hospital em trabalho de parto em estágio bastante avançado, foi imediatamente recepcionada por um médico e uma enfermeira. Ocorre que, em vez de atendê-la, os dois ficaram discutindo questões particulares, como se observa do seguinte trecho da fala da entrevistada:

**“Então, eu já estava com oito centímetros, eu já estava em trabalho de parto, já ia nascer, foi uma coisa muito rápida. Subi direto para a sala de parto e era um médico, não era um médico boliviano, que geralmente tem muito por aqui, não era, era brasileiro, e eu entrei na sala de parto. Ele viu que eu estava já tendo neném, só que a enfermeira que estava acompanhando esse médico, que eu não conheço esse médico, eu nunca vi, era um plantonista, a enfermeira que estava acompanhando ele, eles estavam discutindo relacionamento, na hora do meu parto. O relacionamento deles. Eles tinham um caso. Ele é casado com uma médica, ela era enfermeira e eles tinham um caso. Um relacionamento que eles estavam encerrando naquela hora do meu parto. Então, eu estava ali, para ter um neném, eu com diabetes gestacional, sentindo dores, meu filho grande, que não era nem aconselhado um parto normal e eles discutindo o relacionamento deles, se eles iam ficar juntos, se eles não iam ficar juntos, se ela ia contar para a esposa dele, se ela não ia contar, mas discutindo, assim, barraco mesmo, brigando, quase se estapeando. Aí, por fim, eu estava ali, em posição de ter filho, parto normal, aquela coisa, de pernas abertas, ele na porta e ela no corredor gritando. E eu sozinha lá. Aí nisso veio uma outra enfermeira, que escutou os gritos deles. Não meus, deles. Discutindo mesmo, a situação estava feia. Eu falei umas duas vezes: “Doutor, o meu filho está nascendo, o meu filho está nascendo”. E ele não falava nada comigo, mandava eu esperar com a mão e ficava discutindo com ela. Acho que a preocupação dele era ela ir contar para a esposa dele, acho que estava rolando isso.”** (Carmen)

Avançando nas nuances da categoria de violência obstétrica tratada neste subcapítulo, ressalta-se que Gabriele e Virgínia narraram a ausência e a recusa de assistência também no momento do pós-parto. Embora ambas tenham sido submetidas a episiotomias e, em virtude desse procedimento, tenham sido suturadas, nem mesmo enfermeiras avaliaram a cicatrização antes que as puérperas recebessem alta do hospital. Virgínia relatou ainda ter sentido muitas dores em virtude do procedimento e ter pedido ajuda das enfermeiras, que, todavia, recusaram-se a lhe dar remédios para dor ou mesmo gelo para pôr no local dolorido. Como se observa dos seguintes trechos:

**“O médico não. Me avaliar não, só veio a pediatra e avaliou a neném. Aí deu o papelzinho de alta a ela. A enfermeira que veio com o meu papel de alta. Não foi nem o médico, porque não passou médico nenhum no quarto. Aí ela já veio com os papeis de quem estava de alta assinados, que podia ir embora. (...) Nem uma enfermeira chegou a me avaliar, ver se estava tudo bem, nem os pontos, nada.”** (Gabriele)

“Aí eu fiquei lá e comecei a sentir muita dor nos meus pontos. E as outras mulheres falavam que só sentia dor para fazer xixi. E eu estava sentindo dor para andar, para sentar e eu lá em uma cadeira horrível. **Aí eu pedi gelo, mas a mulher não apareceu. Até eu ir embora, ninguém me deu um gelo. Ninguém veio ver como estavam os meus pontos, ninguém me deu um remédio para a dor dos pontos, ninguém fez nada. Os pontos abriram quando eu vim para casa. Eu fiquei lá deitada com dor. Ninguém me deu uma assistência. Foi tipo assim: você já teve o seu filho, eu já fiz o meu papel. O certo é eles virem olhar o ponto da mulher, mas não olharam o meu, nem me deram remédio.** E dói muito. É muito forte essa dor e eu tinha que pegar a bebê. E eu lá naquela cadeira desconfortável. Para dormir, foi horrível. Aí, no outro dia, deixaram o meu marido entrar e eu fui lá e falei assim: “Poxa, eu estou com muita dor nos pontos”. **Ninguém veio fazer nada.** E depois botaram a gente para outra sala, porque naquela sala iam ficar as mulheres que tinham tido cesárea.” (Virgínia)

Marie também relatou o abandono após o nascimento de sua filha. A entrevistada, que teve complicações em decorrência da cesariana a que foi submetida, buscou os médicos que a atenderam após ter sido detectado o problema, porém não recebeu qualquer auxílio do profissional que realizou o seu pré-natal ou dos demais médicos que compõem a equipe dele e realizaram a cirurgia.

“**Eu fiquei internada, eu não andava, eu não comia, a minha alimentação hoje é muito restrita.** Muita coisa hoje eu não posso fazer. Eu até faço de teimosia, mas não posso. Eu não posso, na verdade, carregar a minha bebê no colo. Pela medicina, eu não posso, porque a minha barriga ainda está aberta, pode me dar uma outra coisa, mas sim, **a minha família esteve lá, a minha mãe e as minhas tias estiveram lá para conversar com ele, falar da gravidade, para conseguir um CTI para mim, porque eu estava no CTI de um hospital público.** E a gente fala assim: hospital público é uma referência ruim. Mas não, eu fui muito bem atendida, muito mesmo. E estamos aguardando a CTI até hoje, porque eles simplesmente não ligaram. Aí quando eu saí do hospital, que eu podia andar, com 4 meses mais ou menos depois da cirurgia, eu estive lá com a minha advogada, para ela me orientar, para eu não ir sozinha, e, **quando eu estive lá, ele foi, o doutor que eu fiz o pré-natal todo com ele, ele falou: “Semana que vem vamos marcar, dia tal, com todos os médicos que fizeram o seu parto”.** Foram três médicos. (...) Foi a equipe dele. Eu fiz o meu pré-natal todo com ele e, quando apareceu o problema, eu voltei nele. E aí ele mandou a secretária dele me ligar e marcar em um outro local. Ele não foi e nenhum dos médicos compareceu. Mandou o advogado. Então, **eles não me prestaram nenhuma assistência.** O advogado dele pediu para eu encaminhar as coisas por e-mail. Os custos de enfermagem, de material hospitalar, de tudo que a gente gastava. E ele só ficou excluindo os nossos e-mails todos. Não tivemos nenhum retorno até hoje. E simplesmente eles não ligam. E não sou a primeira, não sou a última, porque tem vários outros casos. (...) Por Deus mesmo que eu estou aqui. (...) Eu recorri a ele primeiro, mas ele simplesmente não, tipo: “É mais um processo”. **Ele não me deu nenhuma assistência. Nenhuma. E não dá até hoje.**” (Marie)

Joana também narrou ter sofrido com o abandono, a negligência e a recusa de assistência dos profissionais responsáveis por lhe assistir ao passar por processo de abortamento, que, a despeito de ser bastante invisibilizado quando é definido o que é violência obstétrica, é destacado por Tesser *et al.* (2015) como um dos exemplos de

momentos em que ocorre abandono, negligência ou recusa de assistência, prática tida pelas referidas autoras como violenta no contexto da obstetrícia. Nesse sentido, destacam-se alguns trechos do relato da entrevistada:

“Quando eu cheguei para fazer a ultra, o médico ficou em silêncio e, depois de uns vinte minutos em silêncio, ele falou. E eu já preocupada, quando eu ia perguntar para ele se estava tudo bem, ele falou: “Olha, o coração do bebê parou de bater”. Aí eu perguntei para ele: “E aí? O que eu faço?”. Ele falou: “Ah, não sei. Eu vou deixar você sozinha, você procura a sua médica para sua médica te orientar, te explicar o que você vai fazer em relação a isso”. E saiu da sala. Saiu ele e a enfermeira e me deixaram sozinha na sala. Sozinha, sem ninguém. É horrível. Você fica meio perdida, sem saber o que fazer da vida, ainda fica meio sem graça. (...) a cólica não passou, foi só piorando, piorando, piorando e eu fui para a Maternidade A. Quando eu cheguei na Maternidade A, eu fiquei quarenta minutos na recepção, com uma toalha no meio da perna, porque eu já ‘tava’ toda suja. Todo mundo vendo o meu estado, a forma como eu estava. Eu já estava com muita dor, então eu já estava curvada, não conseguindo falar direito. (...) Eu falei: “Olha, eu estou perdendo o bebê, eu estou sangrando, eu estou preocupada porque eu estou sentindo dor, eu preciso ser atendida”. (...) Eu tive que tirar a minha roupa, com a mão com soro, eu tive que tirar. E elas em pé, duas médicas e uma enfermeira do meu lado. (...) Elas ficaram conversando da vida delas, coisas aleatórias, como se eu nem estivesse ali, como se a minha existência não importasse. E eu estava sangrando tanto que eu lembro que elas forraram com um papel e, quando eu levantei, já estava um buraco onde eu fiquei sentada. E na saída, a mesma coisa, eles tiraram o papel, limparam o chão assim e me deixaram sozinha para me vestir. Eu tive que colocar fralda, calcinha, sozinha. (...) desde a primeira consulta, porque eu já fui falar do parto desde a primeira consulta e ela falou para mim: “Não vamos conversar sobre isso agora”. E a consulta era assim: pá, pum. Ela falando sobre a receita, me passando exame e eu não podia perguntar nada. (...) Todas as minhas questões eram irrelevantes.” (Joana)

Assim como apontado por Joana na parte final do trecho de seu relato acima transcrito, Madalena também narrou nunca ter tido suas dúvidas esclarecidas. Além disso, a entrevistada destacou ter recebido um cuidado negligente durante o pré-natal. De acordo com ela, diversos exames que deveriam ter sido solicitados não foram. Nesse sentido:

“Na primeira gestação, foi na rede particular, na própria clínica. Eu fiz o acompanhamento com o dono da clínica e o filho do dono. O pré-natal foi totalmente falho, eu não fiz os exames necessários, inclusive a ultra morfológica. Eu não tive alguns exames de sangue que não foram pedidos. E eu, na época, era leiga e não entendia. (...) Eu chegava na consulta, ele verificava a pressão, escutava o batimento, passava exame e acabou. Nunca tirou dúvida nenhuma em relação ao parto, amamentação, nascimento, nada.” (Madalena)

Para Tesser *et al.* (2015), que identificam os direitos ofendidos por cada categoria de violência obstétrica, o que eles chamam de abandono, negligência ou recusa de assistência, categoria analisada neste subcapítulo, atinge o direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno



e ao mais alto nível possível de saúde. Tal direito foi, sob essa perspectiva, violado nos casos relatados pelas participantes da presente pesquisa acima destacados.

### 5.2.1.5 Abuso verbal

Ao tratar da violência perpetrada por profissionais de saúde contra mulheres, D'Oliveira *et al.* (2002) elencam quatro tipos de violência. Dentre estes, as autoras destacam a violência verbal, que, segundo elas, consiste em tratamento rude, ameaças, repreensão, gritos e humilhação intencional.

Bowser e Hill (2010) incluem essa noção desenvolvida por D'Oliveira *et al.* (2002) em uma categoria maior de abuso e desrespeito, a qual denominam como tratamento indigno durante o parto. Interessante notar que, segundo Bowser e Hill (2010), a descrição e a percepção do que constitui tratamento indigno durante o parto varia de acordo com o contexto sócio-cultural de cada país.

Observa-se ainda que o abuso ou violência verbal é prática amplamente citada quando se fala de atos constitutivos de violência obstétrica (CHADWICK, 2016; DINIZ *et al.*, 2015; PULHEZ, 2013; SADLER *et al.*, 2016; TESSER *et al.*, 2015).

Na Lei Municipal n.º 667/2016, alguns exemplos do que se considera abuso verbal foram elencados no rol de condutas que caracterizam a categoria de violência em comento<sup>14</sup>.

Na presente pesquisa, a prática mostrou-se recorrente. Ao narrarem suas vivências com a violência obstétrica, 05 (cinco) das 08 (oito) mulheres entrevistadas narraram terem sofrido ou presenciado abuso verbal.

---

<sup>14</sup> “Art. 2º - Considera-se **violência obstétrica** todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma **verbal** ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

Art. 3º - Para efeitos da presente Lei considerar-se-á **ofensa verbal** ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir constrangida pelo tratamento recebido;

II – **recriminar a parturiente** por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, bem como por característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; (...)” (Grifou-se)

Identifica-se em seus discursos principalmente a ocorrência de tratamento rude e humilhante, com gritos e repreensões pelas expressões de dor, pela escolha da via de nascimento, pela quantidade de filhos, pela época da concepção e até pela idade das parturientes.

Nesse sentido, destaca-se a fala de Madalena, que não só sofreu abuso verbal, como também presenciou outras mulheres sendo submetidas ao mesmo tratamento:

“Inclusive, tinha uma menina passando mal já para nascer e eu que tive que levantar para chamar uma enfermeira para atender ela, porque estava todo mundo dormindo. E era tipo: **“Cala a boca! Não grita! Na hora de fazer foi bom”**. (...) No momento da dor, vinha a covardia. **“Aguentou fazer, agora vai aguentar parir!”**. (...) Então, eu lembro que ela mandava eu fazer força e eu não conseguia, eu não tinha mais força. E mandando fazer, gritando: **“Na hora de fazer foi bom!”**. Esse tipo de coisa.” (Madalena)

Carmen, por outro lado, apenas presenciou as situações abusivas sob a perspectiva verbal, mas narrou-as de forma bastante detalhada, tendo ainda enfatizado que entende que a prática constitui violência obstétrica. Nesse sentido:

**“Vejo como violência obstétrica. E, além disso, eu vejo também, os meus três filhos foi parto normal e foi em hospital público e eu escutava muitos palavrões de pessoas que chegavam lá para ter dois, três, quatro filhos, mulheres que chegam para ter mais filhos e ouviam de enfermeiras que você é isso, chamando de tudo que é nome, falando que não têm vergonha na cara. (...) Eu até entendo que elas possam ficar nervosas, chateadas por ver mulheres que não têm condições de criar os seus próprios filhos e ficam tendo filhos regularmente. Mas falam palavras assim horríveis, tipo: **“Na hora de fazer, você faz, agora você está chorando”**. (...) Escuta-se muito isso. Eu não ouvi para mim, mas sim para outras pessoas. Quando eu estava grávida da minha filha mais nova, quando eu tive a minha filha mais nova, tinha uma menina de 11 anos tendo filho, uma menina de 11 anos de idade. Então, uma criança. E a enfermeira falava horrores ‘pra’ ela, horrores, sabe? Palavrões. Horrível. E eu inclusive ainda falei com a enfermeira: “Mas poxa, ela é uma menina, uma criança. Errou, teve neném, mas é momento de ela ser amparada, ser cuidada, não ser xingada”. Eu acho que elas ficam revoltadas. A gente escuta muito isso de enfermeira, não de médico. De enfermeira, a gente escuta muita coisa ruim na hora do parto. Elas não têm uma preparação psicológica, acho que é isso, não têm.” (Carmen)**

Virgínia, por sua vez, observou a questão da repreensão da parturiente por sua idade em outro extremo. A entrevistada, que também sofreu e presenciou abuso verbal, observou mulheres serem repreendidas por estarem tendo filhos em idade mais avançada. É o que se extrai do seguinte trecho de seu relato:

**“Teve uma hora que a médica apareceu lá na cortina e falou assim: **“Por que você está com essa cara? Eu não entendo. Vocês fazem filho na época de carnaval,****

veem que o hospital está cheio e ficam aqui fazendo essas caras de pobre coitada para a gente”. (...) Chegavam mulheres mais velhas para ter o parto e elas falavam: “Essas mulheres são doidas”. Elas comentavam da vida das mulheres. As pessoas agora estão tendo preconceito com quem está tendo filho depois, com trinta e pouco. (...) Elas julgavam. “Ah, esse povo do carnaval fica todo vindo para cá”. Gente, eu vou para onde? Eu vou ter filho onde? Na manicure? Eram umas coisas que davam raiva.” (Virgínia)

### 5.2.2 Tratamento desumanizador

Relato frequente nos discursos das entrevistadas no bojo da presente pesquisa é referente ao “tratamento desumanizador” que consideram ter recebido.

De acordo com D’Gregório (2010), Diniz *et al.* (2015), D’Oliveira *et al.* (2002) e Sadler *et al.* (2016), a violência obstétrica é um problema de estrutura, que nasce na formação dos profissionais da saúde, que, muitas vezes, aprendem que ocupam posição hierárquica superior à de seus pacientes.

Nesse sentido, sob o aspecto humano, dos profissionais que prestam a assistência obstétrica, ressalta-se que diversas entrevistadas narraram que percebem a assistência que receberam e testemunharam como desumana, tendo muitas delas chegado a dizer que se sentiram como animais e a se referir aos locais em que a assistência é prestada com termos empregados para denominar lugares em que estes são abatidos e/ou comercializados.

Na ótica de Isabela, as clínicas particulares do Município de São Gonçalo são “açougues” e os hospitais da rede pública não funcionam como deveriam. Além desta crítica ao atendimento obstétrico disponível no Município em que reside, interessante observar que a entrevistada relatou ter se sentido como uma “vaca de matadouro” no momento em que considera ter sofrido violência obstétrica.

“Então, as clínicas de convênio aqui são açougues. O cara em São Gonçalo que a gente ouve falar muito, que é o B, ele é um super açougueiro de São Gonçalo. Então, quando se fala de atendimento de convênio aqui muitas pessoas correm ‘pra’ ele, achando que ele é uma boa opção. Só que não é. E a rede pública aqui não funcionava, sabe? (...) Nesse momento, eu me senti uma vaca sendo avaliada, aquela vaca de matadouro, sabe?” (Isabela)

Joana também relatou ter se sentido como uma “vaca, um pedaço de carne”. A entrevistada enfatizou bastante que os médicos, em geral, não adotam uma postura

humanizada, enxergando os pacientes com certo distanciamento, como se fossem “objetos” ou “ratos de laboratório”.

“Achei que eu estivesse sendo bem atendida. Porque ainda tem isso, 'né'? **Eu acho que a gente ‘tá’ tão acostumada a ser violentada pelos médicos, é tão difícil você encontrar um médico que tenha uma postura de fato humanizada, e isso não é só na área ginecológica não, em todas as áreas, quando você vai ao médico, você já chega intimidada pela figura do médico, e aí qualquer tratamento que eles dão, qualquer sorriso, qualquer bom dia, a gente já acha que é o suficiente, que é o ideal. (...) No centro cirúrgico, eu me sentia uma vaca, um pedaço de carne, não tem relação, não tem contato. É só isso, é só essa frieza mesmo. (...) Mas eu acho que o tratamento dado nos hospitais é muito equivocado. Desde o início, eu acho que tudo isso teria sido evitado se a ginecologista que estava me acompanhando tivesse sido mais humana. Se tivesse me orientado. (...) os profissionais não são honestos no atendimento, não são éticos, não são humanos, eles esquecem que eles são gente e que a gente faz parte da mesma espécie que eles. Vê como rato de laboratório, um objeto.” (Joana)**

Críticas semelhantes às de Isabela e Joana também foram feitas por Marie e por Madalena. No que diz respeito especificamente a esta última entrevistada, é interessante observar que a referência que ela fez a clínica em que foi atendida como um matadouro foi no sentido de enfatizar uma alta taxa de morte neonatal, como se extrai do seguinte trecho de sua fala:

“Quando eu estava lá da primeira vez em trabalho de parto, minha mãe conta que chegaram enfermeiros com uma ambulância para buscar um bebê e ela perguntou qual era o bebê, porque ela não sabia, não tinha noção do que estava acontecendo lá em cima, aí ele falou, explicou que **ali é considerado um matadouro para eles da área médica, porque o que mais tem ali é morte neonatal.** O que eles pegam de bebê sem esperança nenhuma para levar para a UTI de outros hospitais para o Rio, no caso, não tem igual em nenhum outro hospital.” (Madalena)

Sobre esse aspecto da assistência obstétrica, interessante notar que esse “tratamento desumanizador” faz parte da definição de violência obstétrica trazida pelo primeiro instrumento legal a fazer expressa referência ao tema, a venezuelana *Ley Organica Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*.

Além disso, desde os primeiros relatos de violência obstétrica de que se tem notícia, o tratamento desumano já era reportado. Este foi um dos enfoques da matéria “Crueldade nas Maternidades” (“*Cruelty in Maternity Wards*”), publicada em 1958 na revista norte-americana *Ladies Home Journal*, e da carta de Sally Willington, publicada, no mesmo ano, no jornal britânico *The Guardian* (BEECH; WILLINGTON, 2007).

Carmen, que teve três partos na rede pública do Município de São Gonçalo, avaliou ainda como problemático o afastamento com que as mulheres são tratadas, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, em especial das enfermeiras, e enfatizou a necessidade de que seja adotado um procedimento humanizado, como é possível observar do trecho a seguir:

“E é uma coisa assim, **a gente não tem contato nenhum com o médico antes de ter o neném.** Ele não vai lá na enfermaria falar com você, se apresentar. O médico que vai fazer o parto do seu filho, ele chega na hora que o filho está saindo. A enfermeira vai lá e fica olhando a quantidade de centímetros que você está, como estão as suas contrações e, quando o neném está saindo, o médico vem. Então, você fica ali de perna aberta, em um momento tão sublime, que era para ser tão lindo, para uma pessoa desconhecida. **Eles nunca se apresentam. Aqui nós não temos essa coisa, essa educação de o médico ir lá e se apresentar.** “Eu sou fulano de tal, eu vou fazer o seu parto, como é que você quer o parto?”. Não tem isso. **É mecânico. Você deita, ele tira o seu bebê, dá para a enfermeira, te costura e sai. Ele não fala com você.** Você só sabe quem é o médico quando vem o papel com o nome dele. É assim. (...) Porque **as enfermeiras, elas estão sobrecarregadas. É uma ou duas enfermeiras responsáveis por um andar inteiro e aquele andar tem diversas pacientes.** E ela não é responsável por um quarto, como eu já vi em outros hospitais. Então, você para para analisar a carga horária dela de trabalho, filho, marido ou faculdade, coisas assim, elas mesmas não têm condições de dar um cuidado melhor e, de repente, elas não fizeram um curso para isso, de humanização. **Ela não está lidando com um objeto. É um ser humano. E em um momento muito sensível. Então tem que ter essa humanização.** Falta muita coisa.”  
(Carmen)

### 5.2.3 Problemas estruturais

Neste subcapítulo, a proposta é expor e analisar os problemas estruturais que permeiam e propiciam a violência obstétrica.

Para D’Oliveira *et al.* (2002), os problemas que já existem em relação à formação dos profissionais, brevemente apontados no subcapítulo anterior, são agravados pelas condições precárias de muitos sistemas de saúde.

Importante atentar, assim, para o aspecto da estrutura física dos hospitais e demais instituições de saúde onde as mulheres recebem assistência obstétrica. Virgínia, por exemplo, narrou a ausência de lençóis para se proteger do frio e salas com forte cheiro de produtos de limpeza, que causaram até reação alérgica em sua filha recém-nascida. Como narrado pela entrevistada:

“**Botaram a gente em uma sala que estava fedendo a cloro. A minha filha estava lá passando mal,** ficou toda empoladinha e a maternidade falou que eu teria que ficar lá mais dias.” (Virgínia)

Madalena, por sua vez, apontou que não tinha acesso à água quente na clínica em que foi atendida e que a sala de parto para onde foi levada era extremamente apertada. De forma semelhante, Carmen também teceu críticas à estrutura da sala de parto, mas sob outro viés, enfatizando sua feiura e sua frieza, como se observa do trecho a seguir destacado:

“O parto em rede pública você não tem escolha. **Você tem que deitar naquela cama obstétrica e ter o seu filho daquela forma. Você não tem escolha.** Você não pode escolher se quer ter agachada, se quer ter em pé, não pode. **Você tem que ter o filho de acordo com a estrutura que o hospital tem para você.** E assim, eu nem condeno o hospital. **A estrutura é muito ruim.** **A estrutura de uma sala de parto é muito ruim, ela é muito fria, muito feia, é uma sala feia, fria.”** (Carmen)

Essas três mulheres tiveram seus filhos em hospitais ou clínicas da rede pública de saúde do Município de São Gonçalo. Destaca-se, no entanto, que não foi só na assistência oferecida pela rede pública que o problema apareceu. Joana, por exemplo, que relatou pagar um valor consideravelmente elevado por um plano de saúde e ter buscado um respeitado hospital privado do Município de Niterói, vizinho ao Município de São Gonçalo, para obter assistência obstétrica quando estava em processo de abortamento, também salientou a precariedade da estrutura, tendo inclusive associado a sala onde foi atendida a um local de abate de animais, o que se relaciona com a desumanização abordada no subcapítulo anterior a este. Tal é o relato da entrevistada acerca do tema:

“**E no hospital, eu acho que tem a questão da estrutura que é horrorosa.** Por que eu precisava ir para um centro cirúrgico? Um lugar horrível, **uma cama horrorosa.** Aquilo não é nem uma cama, é uma tábua. **Parece um matadouro. Parece uma porra de um abatedouro aquilo.”** (Joana)

#### 5.2.4 Mercantilização da assistência obstétrica

Interessante notar que também foi ponto comum no discurso de algumas das entrevistadas a conclusão de que uma das principais questões que permeiam o fenômeno da violência obstétrica é o que aqui se optou por denominar como mercantilização da assistência obstétrica.

De acordo com Batista (2015), o que ela chama de mercantilização da gestação e do parto ocorreu no final do século XIX e é um dos fatores que contribuiu para tornar o parto um evento médico-hospitalar, frente ao qual as práticas que constituem violência obstétrica são

naturalizadas. Segundo a autora, no contexto capitalista, foi redefinida a prática médica, tendo havido uma ampliação da noção dos cuidados médicos individuais como uma forma de consumo.

Tal ideia coaduna-se com o pensamento de algumas das entrevistadas, que narraram ter a percepção de que o sistema de saúde junto ao qual buscaram atendimento obstétrico e pelo qual consideram que foram violentadas visa, primordialmente, o lucro.

Nesse sentido, Joana e Marie declararam:

**“O dinheiro que paga a consulta é mais importante que a pessoa que está doente.”** (Joana)

**“Ele visa o dinheiro. Ele não visa a vida. E a minha vida não tem preço. A nossa vida não tem dinheiro que pague. Então assim, independente do valor do processo, independente do valor da causa, independente de qualquer coisa, nada compra a minha vida.”** (Marie)

Madalena, que foi atendida e vivenciou sua experiência obstétrica na mesma clínica que Marie, embora anos antes, narrou ainda que, para ter acesso a um direito garantido a todas as mulheres no Brasil por meio de lei federal (Lei n.º 11.108/2005), que é o acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, foi informada de que teria que pagar determinada quantia em dinheiro, mesmo tendo sido atendida na parte da clínica conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

**“Eles falam que, se você quiser acompanhante, você tem que pagar. Na época, era 100 (cem) reais. Você tem que pagar pelo acompanhante, sendo que é uma coisa que é direito seu. (...) Tinha que pagar uma taxa de 100 reais para ter acompanhante lá, tinha que ser mulher e só em horário comercial. E a gente sabe que a lei não funciona assim, ‘né’?”** (Madalena)

Já Virgínia, que fez seu pré-natal na rede pública e na rede particular, narrou ter sido desestimulada quando demonstrou seu desejo de dar à luz a sua filha por via vaginal, que é o mais indicado pela OMS em sua Declaração sobre Taxas de Cesáreas (2015) em casos em que não há indicação clínica para a realização da cirurgia, que pode, ainda de acordo com a organização internacional, causar complicações significativas e, às vezes, permanentes, assim como sequelas ou morte. De acordo com a entrevistada, especialmente os médicos da rede particular tentaram persuadi-la a se submeter a uma cesárea. Nesse sentido:

“Mas eu não tive muito apoio quando eu estava no público. **No particular, é ainda pior, porque aí que eles falaram mesmo para eu fazer a cesárea, para pagar a cesárea**, que era melhor. Mas eu falei que eu ia até o fim tentar o normal.”  
(Virgínia)

Para Cunha (2015), é justamente a mercantilização do parto que faz com que o setor privado de saúde apresente números alarmantes de incidência de nascimentos por via cirúrgica. De acordo com a autora:

“... o período de trabalho de parto é imprevisível e longo, o que é incômodo para o cotidiano dos médicos, que devem desmarcar seus compromissos e consultas para atender as parturientes, além de demorar longos períodos para receber por um único parto. **A cesariana, por seu turno, é pré-agendada e curta. Ao tempo de um parto normal, o mesmo médico pode ser pago por três partos cirúrgicos, sem nem mesmo ter que passar por imprevistos ou pelo período de plantão.**”  
(Grifou-se)

Kulkamp e Mendes (2014), seguindo a mesma linha de análise de Cunha (2015), também associam o alto número de cesarianas realizadas no Brasil à mercantilização do parto, afirmando que para o médico é mais rentável e vantajoso realizar diversas cirurgias cesarianas em um plantão do que permanecer acompanhando somente uma gestante em trabalho de parto natural.

Kulkamp e Mendes (2014) identificam ainda que o discurso científico foi transformado pelas influências do capitalismo e da tecnologia, na sua busca por eficiência e maximização de lucros, influenciando o pensamento dos profissionais que o detêm de forma que desacreditam da função social de sua profissão e se esquecem dos riscos provocados por sua atuação “racionalizada”, além de subjugar as mulheres, retirando sua autonomia e ingerência sobre seus próprios corpos no momento do atendimento obstétrico violento.

### 5.2.5 O silenciamento das mulheres

Aspecto que chama bastante atenção no relato das participantes da presente pesquisa é a ausência de reclamações administrativas e judiciais.

Apesar de todas as 08 (oito) mulheres entrevistadas identificarem que foram vítimas de violência obstétrica, apenas uma delas, ao não obter resposta satisfatória junto aos profissionais que lhe prestaram assistência, levou o caso ao Judiciário, no âmbito cível e no âmbito penal, a fim de obter reparação pelos danos físicos e psicológicos que sofreu e de obter



a responsabilização penal dos profissionais que a atenderam, a exemplo das autoras das ações analisadas no bojo do trabalho de Serra e Veloso (2016).

As outras 07 (sete) mulheres entrevistadas, por outro lado, abstiveram-se de apresentar qualquer reclamação formal.

Algumas conversaram sobre a questão com profissionais do próprio local onde receberam assistência e, diante de suas desculpas, desistiram de formalizar suas queixas. Isabela, por exemplo, ao ser questionada se havia feito alguma reclamação junto à maternidade onde recebeu a assistência considerada abusiva, respondeu:

**“Pensei em fazer, mas, pelo fato de na outra consulta eu ter conversado com ela, ela ter me pedido desculpas, eu acabei não fazendo.** Se eu tivesse passado por ela de novo e tivesse passado em branco, se ela não tivesse falado nada, tivesse ficado por isso mesmo, eu ia fazer uma reclamação. Mas, **como a gente conversou, ela me pediu desculpa, eu acabei não fazendo.** (...) **Judicialmente nem pensei.** Porque assim, **eu acho importante que mulheres que sofreram violência obstétrica falem e reclamem pelo menos com relação ao hospital para eles poderem tomar alguma medida com relação ao profissional.** Mas, depois de ter conversado com ela, não que justificasse, mas eu acho que para ela ver o que ela causou, talvez pudesse fazer com que ela repensasse na hora de tratar outras mulheres daquela mesma forma, entendeu?” (Isabela)

Semelhante foi o caso de Carmen, que narrou:

**“Eu conversei com o meu esposo, eu conversei com todos sobre o que tinha acontecido e eu queria prestar queixa.** Mas eu não prestei queixa porque, como eu já falei, a minha cunhada trabalhava lá, o meu irmão trabalhava lá, meu esposo trabalhava lá, **o dono da maternidade sempre cuidou de mim, fez todo o meu pré-natal,** nunca me cobrou nada. **Ele veio conversar comigo. Ele teve esse carinho. Foi lá no quarto, conversou comigo. (...) Ele veio conversar comigo, perguntou o que tinha acontecido, eu narrei tudo para ele.** A enfermeira que fez meu parto que já tinha contado. **Ele me pediu desculpas e falou que os dois tinham sido demitidos, tanto o médico quanto a enfermeira. Então, eu acho assim, ali não era culpa da maternidade, mas dos dois profissionais, então eu resolvi deixar de lado porque não ia acrescentar nada.**” (Carmen)

Já outras entrevistadas relataram um temor em não terem suas queixas compreendidas pelos responsáveis por receber e averiguar as reclamações, uma vez que muitas condutas consideradas violentas no âmbito da obstetrícia são tidas como apropriadas por serem realizadas rotineiramente. Foi esse o caso de Joana e de Madalena.

Joana afirmou:

“Pensei. Cheguei a pensar, a considerar. Mas não deixei nem esse pensamento ganhar muita força na minha cabeça, porque ia me dar muito trabalho. **É você muito sozinha querendo falar contra uma estrutura que é muito maior do que você, para pessoas que não estão preparadas para te ouvir. Porque é assim o padrão que está naturalizado.** Eu conversei com outras pessoas que passaram por isso depois e elas falaram: “Mas é assim que os médicos fazem. Você está reclamando por quê?”. Entendeu? **A gente é amordaçada e é isso mesmo. Tem que aceitar ser maltratada, sem poder reclamar.**” (Joana)

No mesmo sentido foi o discurso de Madalena, que disse:

“Pensei há pouco tempo atrás. Mas **pode ser que o juiz até ria da minha cara e fale: “Eu nasci assim, meus filhos nasceram assim, por que você queria que com você fosse diferente?”.**” (Madalena)

Tais temores coadunam-se com as considerações de Pulhez (2013) sobre o tema da violência obstétrica, uma vez que, para a autora, a denúncia desse tipo de violência está diretamente relacionada a uma busca pela alteração da visão de mundo sobre o que é, tradicionalmente, considerado como constitutivo de um parto.

Por fim, houve quem relatou que desistiu de formalizar suas reclamações por não querer reviver a dor emocional e psicológica causada pela experiência obstétrica violenta. Foi o caso de Simone, que nomeou o que vivenciou como violência obstétrica apenas cinco anos depois do evento, e de Virgínia, que percebeu que estava sendo submetida a violência obstétrica já no momento em que estava recebendo a assistência. Nesse sentido são os trechos de seus relatos a seguir transcritos:

**“Eu até pensei depois dos cinco anos, mas eu não queria retomar essa história, não quero nem lembrar.** Pensei em pegar o meu prontuário e saber qual era a indicação de cesárea que eles tinham colocado, mas eu nem quis mexer nessa história.” (Simone)

“Eu saí de lá com vergonha. Você se sente mal demais. **Eu fiquei com vergonha de ir lá e reclamar.** Eu me sentia fraca porque eu já ia chorando e eu não queria chorar na frente de ninguém. Eu queria ir embora. **Quando eu cheguei em casa, eu só chorava.** (...) Eu conversei com o meu marido, ele perguntou se eu tinha peito para fazer isso (*processar o hospital*) e eu falei para ele que eu não tinha, porque eu estava muito magoada. A gente fez um grupo de *whatsapp* com meninas que sofreram isso. Elas correram atrás. (...) Só que **eu não consegui. Eu sofri muito. E, se eu for entrar nesse assunto para reviver isso de novo, vai me machucar muito.** Elas passaram isso antes e já conseguem fazer mais coisa. **Eu não processei, eu não fiz nada. Eu só reclamava com as médicas na hora, na cara delas ali mesmo.**” (Virgínia)

Destaca-se que esse silenciamento acerca da violência obstétrica não é novidade para a literatura, já tendo até mesmo inspirado título de publicações, como o artigo de Aggio e Andrade (2014), intitulado “Violência obstétrica: a dor que cala”.

É interessante notar, no entanto, que, embora a maior parte das participantes da presente pesquisa não tenha realizado queixa formal sobre a violência que sofreram, o fato de se apropriarem do uso do termo “violência obstétrica” já é, por si só, considerado uma forma de lhes dar voz, legitimando as suas experiências (CHADWICK, 2016; PULHEZ, 2013; PICKLES, 2015; SADLER *et al.*, 2016; SÁNCHEZ, 2014).

Especificamente sob a ótica de Pulhez (2013), as mulheres que falam sobre violência obstétrica estão ativamente reivindicando a sua posição enquanto vítimas e o reconhecimento social da violência que lhes foi afligida, o que, por si só, pode ser entendido como uma forma de denúncia e como um passo no sentido de modificar a realidade obstétrica existente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo, que encerra o presente trabalho, foi organizado em dois subcapítulos. O primeiro versa sobre as reflexões que as participantes da presente pesquisa foram convidadas a fazer ao final de cada uma das entrevistas e as relações de suas considerações com a abordagem da literatura trabalhada nesta monografia. O segundo trata de uma reflexão pessoal da autora deste trabalho sobre as dificuldades e os aprendizados da pesquisa realizada, especialmente no que tange ao seu viés empírico.

### 6.1 Mudanças consideradas necessárias

Ao fim de cada entrevista, as participantes da presente pesquisa foram convidadas a refletir, com base em suas experiências pessoais, sobre as mudanças que consideram necessárias na assistência obstétrica atualmente oferecida às mulheres e se acreditam que deveria haver legislação específica acerca do tema da violência obstétrica no Brasil.

Sobre o tópico de reflexão proposto, interessante observar que a maior parte das entrevistadas enfatizou a necessidade de mudanças sob a perspectiva da educação e da informação das mulheres e dos profissionais de saúde responsáveis por prestar a assistência obstétrica. Tal ênfase foi na contramão do que se esperava, que era uma defesa da criminalização da violência obstétrica.

Isabela, por exemplo, destacou que, para se insurgir contra a violência obstétrica, as mulheres e seus companheiros precisam ter conhecimento acerca de quais procedimentos são inadequados e dos seus direitos. Para a entrevistada, um grande problema é que muitas práticas violentas no contexto da obstetrícia continuam a ser tidas como “normais”, ainda havendo, assim, um longo caminho de conscientização a ser percorrido. Para alcançar tal objetivo, a entrevistada acredita inclusive que parto deveria ser um tema abordado nas escolas. Todos estes pontos podem ser observados no trecho da fala de Isabela a seguir transcrito:

“Cara, primeiro **eu acredito que precisa acontecer um processo de conscientização da mulher, porque muita mulher sofre violência obstétrica e nem sabe que sofre**. Minha avó mesmo, quando eu estava grávida, me contando o relato dela do nascimento da minha mãe, falando que o médico dela subiu na barriga para empurrar e ela achava super normal. E **muitas mulheres hoje em dia ainda**

**acham isso normal. Ainda acham que episiotomia é normal, que ajuda.** Então, primeiro de tudo, um processo de conscientização das mulheres. Porque, **quando a gente sabe o que está errado, quando a gente sabe qual é o nosso direito, fica mais fácil para a gente poder lutar, para a gente dizer não. E também um processo de conscientização dos homens.** Porque muitos homens não se preocupam com a gestação da mulher, eles não querem saber em que condições o filho vai nascer, eles não se preocupam em participar. Eu tive o meu marido que foi super participativo, que lia os relatos comigo, que assistiu “O Renascimento do Parto” comigo, mas tem muitos homens que não estão nem aí, entendeu? Que a mulher quando tenta conversar com ele ainda fala: “Ah, para que eu quero saber disso?”. Porra, é só o seu filho. Então, eu acho que tem que acontecer um processo muito grande de conscientização ainda. **Eu acho que parto deveria ser falado nas escolas.** Ainda mais com a quantidade de jovens que a gente tem engravidado, sendo pais e mães novos. Eu acho que tinha que ser uma matéria. **Para aprender, para informar, para conscientizar.** (...) Então assim, precisa de uma série de coisas ainda. **Violência obstétrica ainda existe muito por baixo do pano. Ela acontece muito sem a mulher saber que acontece. Ela acha que é um procedimento normal e está ali, está errado, mas que está ali, está acontecendo.”** (Isabela)

Simone também defendeu a necessidade de conscientização das mulheres, que, para a entrevistada, é o ponto de partida para transformar a conjuntura obstétrica existente hoje, sendo até mesmo mais importante do que a elaboração de leis específicas, como se extrai do trecho abaixo:

“Eu fiquei assim: “É isso, **as mulheres têm que saber que é possível parir de maneira respeitosa**”. **E não é preciso pagar um mundo de dinheiro para isso,** embora a questão da humanização do parto ainda seja bastante elitizada. (...) **Eu acho que informação ajuda mais do que lei.** Se a gente lembrar que existe um programa de humanização da saúde desde o início dos anos 2000 e, até hoje, ele não é colocado em prática, inclusive se estende para humanização do parto e nascimento, lei ajuda, mas, se não tiver vontade política dos gestores, não adianta nada. Então, **eu acho que tem que partir das mulheres. Tem um movimento legal, ainda muito elitizado, mas tem um movimento bom, que é isso, as mulheres cobrando isso dos profissionais de saúde. Infelizmente, ainda tem falta de vontade política.** É isso. A gente estava tentando levar a questão de humanização e educação perinatal para a saúde básica de São Gonçalo e a gente não vê a vontade dos gestores de botar isso. É uma pena.” (Simone)

Assim como Simone, Carmen, que também é defensora da necessidade de se investir na educação, acredita, como a seguir destacado, que as leis não são o instrumento mais eficaz no combate à violência obstétrica. Assim:

“Eu acho que a gente não pode viver em um país que só funciona com lei. Não é que eu não concorde com as leis, mas é que **é complicado viver em um país que só funciona na base de leis, na base de punição. A gente tem que funcionar na base de educação, em primeiro lugar, e do carinho.**” (Carmen)

Para Madalena, por sua vez, além de ser primordial que as mulheres tenham acesso à informação, o ensino nas universidades também deve ser repensado. É o que foi declarado pela entrevistada no seguinte trecho de sua fala:

“É um sistema. Então, tem muita coisa. **O que tem que mudar primeiro é o ensino nas universidades.** Eu acho que tem que vir de cima. **Eu já cansei de ouvir gente falar que a universidade ensina todo esse pacote de violência e tem que ser.** Então, tem que começar lá de cima, do aprendizado. E, como algumas maternidades já fazem, aquele programa do parto adequado. As maternidades têm que se adequar. Tem que ter sala de parto, suíte, bola. Mas eu acho que só vai melhorar quando vier de cima. E **as mulheres no pré-natal precisam ter acesso à informação.** Tem muita gente que é leiga e que vai morrer leiga, mas tem muita gente que procura. Então, **eu acho que se tivesse mais roda de conversa.** O SUS tinha que oferecer isso. Maternidade particular tem algumas que oferecem, mas o SUS tinha que oferecer. **Cartilha no pré-natal, para as mulheres terem ciência do que vai acontecer.**” (Madalena)

Sobre estas considerações das participantes da pesquisa acima transcritas, mostra-se relevante observar que o seu diagnóstico do problema em muito se aproxima do que trata a literatura, embora esta não se debruce tanto sobre a necessidade de conscientização das mulheres. Como já destacado ao longo deste trabalho, para D’Gregório (2010), Diniz *et al.* (2015), D’Oliveira *et al.* (2002) e Sadler *et al.* (2016), o problema da violência obstétrica vem, principalmente, da formação dos profissionais da saúde, que são ensinados que o uso de determinadas técnicas é normal e, por vezes, aprendem que estão em posição hierarquicamente superior aos seus pacientes.

Com base nisso é que Chadwick (2016), Diniz *et al.* (2015) e D’Oliveira *et al.* (2002), assim como algumas das entrevistadas, defendem a necessidade de transformações na educação dos profissionais de saúde, com o intuito de tornar suas práticas mais humanizadas.

Chadwick (2016), Diniz *et al.* (2015) e D’Oliveira *et al.* (2002) acreditam ainda na necessidade de melhorias nas condições de trabalho dos profissionais, que, por vezes, acabam vitimizados pelas condições precárias dos sistemas de saúde no bojo dos quais prestam serviços.

Com a visão destes autores alinham-se Carmen, Joana e Virgínia, que destacaram a necessidade de humanização dos profissionais e da promoção de melhorias na estruturação do sistema de saúde que existe atualmente.

Carmen destacou especialmente o excesso de trabalho que recai sobre as enfermeiras e a falta de humanização. Para a entrevistada, é preciso contratar mais mão de obra e investir em cursos que preparem os profissionais para oferecer um tratamento humanizado, como destacado abaixo:

“Se é uma maternidade, então, em um parto, de que precisa? De um médico, uma pediatra e de uma enfermeira. Então, que essa enfermeira realmente fique, porque é essa enfermeira que realmente cuida, não é o médico, é a enfermeira que vai te olhar, te monitorar, não é o médico, o médico chega realmente para o parto, então é a enfermeira que te acompanha, que fique, **que consiga ser um número pequeno de pacientes para aquela enfermeira, que cada uma seja responsável por um quarto, por um leito, de acordo com a quantidade de pacientes que ela consegue cuidar em trabalho de parto. É complicado. A gente tem que pensar no lado humano da coisa.** Eu não vejo por lei. As maternidades têm que ter uma quantidade maior de enfermeiros para esse momento. Pode ter dois médicos, mas, para dois médicos, tem que ter dez enfermeiros. Não pode ter uma enfermeira, como geralmente é. Não é mais do que uma enfermeira por andar. Tem que ser, pelo menos, uma enfermeira por quarto. Eu acho que é isso. **Hoje em dia, eles querem ganhar muito e não querem contratar mais mão de obra. E qualificada, ministrando mais cursos de humanização, de cuidado. Porque não porque você está usando o SUS que você não tem o direito de parir. É por aí.**” (Carmen)

Joana também teceu críticas ao modelo de assistência obstétrica existente hoje no Brasil, enfatizando a necessidade de humanização como o ponto mais importante do combate à violência obstétrica. A entrevistada acredita ainda que é necessário que as mulheres, especialmente as que vivenciam um processo de abortamento, como foi o caso dela, tenham acesso à assistência psicológica. São estes os pontos destacados no seguinte trecho:

“**Tem que ter uma psicóloga, um profissional para acolher esta mulher, porque essa mulher está em profundo sofrimento, por mais que ela não se aproprie disso naquele momento, ela tem que sentir acolhida. Eu acho que garantir o acesso da pessoa que estiver acompanhando ela, da pessoa que traz segurança para ela. Falar dos procedimentos, o que está acontecendo.** Ser solidário com o outro, com a dor do outro. Ser honesto. Ser ético com a dor do outro. **Eu acho que o modelo de assistência médica que a gente tem hoje no Brasil está muito distante de tudo isso.** Não é honesto, os profissionais não são honestos no atendimento, não são éticos, não são humanos, eles esquecem que eles são gente e que a gente faz parte da mesma espécie que eles. Vê como rato de laboratório, um objeto. (...) **Eu acho que tem que ter responsabilização, mas o fundamental para mim é que as pessoas voltem a se enxergar e se perceber como pessoas.** Eu acho que isso é o mais importante.” (Joana)

Já Virgínia, ao, assim como Carmen e Joana, defender a humanização, salientou que a considera mais importante do que a promoção de alterações legislativas, como evidencia a sua fala abaixo transcrita:

“**Eu acho que eles precisam mudar como seres humanos. Eu acho que a lei também tem que mudar. Mas, antes disso, é como ser humano.** Tem que ter mais amor ao próximo, à paciente que está chegando na maternidade com dor. Não importa como aconteceu. Isso não é da conta de ninguém. O que é da conta deles é o carinho, é tratar bem, é dar assistência para a paciente. Porque eles estudaram para isso. Não é possível que a pessoa se mata de estudar medicina para tratar mal o paciente. Acho que no Brasil tem que mudar muita coisa. Está uma bagunça. Você vê mulher em maternidade morrendo, perdendo o filho e as pessoas não ligam. Porque você está sendo só mais uma. Tem que mudar as leis, mas principalmente tem que mudar o ser humano. A mulher tem que ter mais carinho. O ser humano, todo mundo tem mãe. **Me doeu muito o que eu passei e eu queria muito que fosse**

**melhor. Você vê que a mulher pobre não pode ter filho, tem que passar por muita humilhação. E a gente não merece passar por isso.** Aquele ali tinha que ser um momento mágico para a mulher. E eu espero que um dia mude.” (Virginia)

A despeito de, para muitas entrevistadas, não ser este o ponto mais importante, a necessidade de legislação específica é uma questão que também foi ressaltada pelas participantes da presente pesquisa, embora sob perspectivas diversas.

Isabela acredita que haver lei versando sobre violência obstétrica é importante para romper com a ideia de hierarquia entre médico e gestante, que, como já mencionado, é situação que, para a literatura, advém da formação dos profissionais (D’GREGÓRIO, 2010; DINIZ *et al.*, 2015; D’OLIVEIRA *et al.*, 2002; SADLER *et al.*, 2016). É o que se extrai do seguinte trecho da fala da entrevistada:

**“Eu acho que lei é importante sim, porque tem muito médico que acha que é Deus e acha que pode fazer as escolhas por ele, que não precisa informar o paciente, que não precisa informar a gestante.** Que faz procedimentos desnecessários porque faltou informação para ele. Por exemplo, o colírio, ele é aplicado nas mulheres que tem gonorreia, clamídia, essas coisas. Agora, se a mulher não tem, não tem necessidade de aplicar no neném. Muitas vezes, essa informação falta para o médico e ele, sem saber se aconteceu ou não, ele aplica o colírio. De fato, de todo, errado ele não está, porque, se ele não sabe, de repente ele evita uma cegueira na criança. Mas aí **também parte do pré-natal ser mais completo. O que volta naquilo que eu te falei, que faltou informação do meu médico, entendeu?**” (Isabela)

Joana e Madalena, por sua vez, enxergam que seria interessante o estabelecimento de sanções financeiras, a exemplo do que já é previsto na pioneira *Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, instrumento legal venezuelano que define a violência obstétrica e estabelece sanções para quem praticá-la. Nesse sentido são as seguintes considerações das entrevistadas:

**“E eu acho que as leis são importantes porque elas corrigem alguns desvios, eu acho que elas são importantes nesse sentido, mas não sei se tem que ser algo criminal, eu acho que tem que ter previsão de multa de repente.”** (Joana)

**“Acho que uma legislação mais rigorosa também ajudaria. Eu acho que quando mexe no bolso, tudo muda.** A Maternidade X, eles tiveram um processo muito forte, inclusive eles param de atender o SUS e agora só atende particular, depois de muitas denúncias de violência obstétrica. Então, mexeu no bolso deles. Eu não sei como está lá hoje, mas alguma coisa mudou, com certeza.” (Madalena)



Marie também acredita que sanções colaborariam para reduzir a incidência dos casos de violência obstétrica, porém volta-se para a criminalização da prática, assim como faz Pickles (2015):

**“Se tivesse uma legislação, uma lei em que as pessoas certamente com erros gravíssimos como esse, elas fossem julgadas da forma como tem que ser julgadas e pagassem, eu acho que muitos médicos não cometeriam os erros que cometem, não só de violência obstétrica, mas erros no geral. Se eles respondessem criminalmente por aquilo que eles fazem de errado, seguindo os protocolos, eu acho que eles não fariam isso, que a situação não estaria tão grave no nosso país.”** (Marie)

Simone, por seu turno, também é defensora da criminalização. Entretanto, a entrevistada enfatizou em sua fala não o aspecto punitivista, mas a necessidade de se dar nome específico à violência obstétrica, para, assim, dar mais visibilidade ao problema.

**“Eu acho também que deve acontecer uma criminalização da violência obstétrica. Tem os exemplos de outros países na América Latina. Eu acho que é importante a gente criminalizar porque a gente dá nome para aquele tipo de violência. Senão fica só violência contra a mulher. A gente acha que violência contra a mulher é só violência doméstica e não é. A violência obstétrica precisa ser nomeada porque, nomeadas, as coisas têm mais visibilidade.”** (Simone)

Ressalta-se que esta perspectiva se coaduna com a visão da parcela da literatura que salienta o significado de empregar o termo “violência obstétrica” em detrimento de outros mais utilizados em alguns países e pela própria OMS, como “maus-tratos”, “abuso” e “desrespeito”.

Para Pickles (2015), Pulhez (2013), Sadler *et al.* (2016) e Sánchez (2014), usar o termo “violência obstétrica” é uma forma de dar voz às mulheres que viveram experiências negativas e, por vezes, traumáticas, e de legitimar o seu sofrimento atribuindo a ele uma denominação específica. Já para Chadwick (2016), empregar o termo “violência obstétrica” constitui ainda um movimento deliberado para enfrentar práticas problemáticas no contexto da obstetrícia.

Como é possível notar, a despeito do que comumente se observa em outros casos de problemas sociais de relevo, como a homofobia, de modo geral, o que foi mais enfatizado pelas entrevistadas como forma de enfrentamento da violência obstétrica não foi a adoção de medidas de cunho penal, mas a conscientização e a educação, tanto das mulheres, quanto dos profissionais de saúde responsáveis por prestar a assistência obstétrica.

Embora a criminalização da prática seja sim defendida por algumas das participantes da presente pesquisa, em especial para que a violência obstétrica seja legalmente reconhecida no Brasil, o que foi mais enfatizado por elas foi a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e de conscientização das mulheres.

## **6.2 Dificuldades e aprendizados da pesquisa**

### **6.2.1 Dificuldades**

Ao longo desta pesquisa, a maior dificuldade encontrada foi obter voluntárias para participar dela.

Desde que o tema a ser investigado (a construção do conceito de violência obstétrica) foi delimitado, esta pesquisadora buscou se familiarizar com o assunto não só por meio da leitura de livros e artigos científicos, mas também por meio do contato, direto ou indireto, com gestantes, mães e profissionais que prestam assistência obstétrica. Com esse intuito, foram assistidos filmes e seminários relativos aos direitos das mulheres e a como eles são atingidos pela violência obstétrica, foram frequentadas rodas de apoio à gestação e à maternidade e foi estabelecido contato direto com profissionais da área médica, como enfermeiras obstétricas.

Em um destes contatos, foi sugerido o ingresso desta pesquisadora em grupos do *Facebook* que, com o apoio e a moderação de profissionais da área obstétrica, tratam de obstetrícia baseada em evidências científicas e incentivam o empoderamento feminino durante a gestação e o parto. Por meio das postagens diárias nesses grupos, um contando com quase 40.000 (quarenta mil) membros e outro com quase 60.000 (sessenta mil), provenientes do Brasil inteiro, e também por meio de matérias e depoimentos publicados em jornais, revistas e *blogs*, esta pesquisadora teve contato com diversos relatos de mulheres que narravam ter sofrido violência obstétrica.

Acreditou-se, então, talvez de forma ingênua, que não seria difícil encontrar mulheres dispostas a relatar suas experiências com a violência obstétrica. Ledo engano.

Como exposto no Capítulo 4, relativo à metodologia, a ideia inicial era entrevistar, de forma presencial, de 10 (dez) a 15 (quinze) mulheres que haviam recebido assistência obstétrica no Município do Rio de Janeiro ou em outros Municípios da Região Metropolitana do Estado e que identificavam que foram submetidas a práticas violentas no campo da obstetrícia, sem restrição do momento em que a assistência foi recebida.

Esta pesquisa começou, então, a ser divulgada, mas, ao fim de um semestre dedicado a realizar a parte empírica do presente trabalho, apenas 08 (oito) entrevistas foram agendadas e realizadas com sucesso.

Após o início da divulgação, que foi realizada em grupos como os acima citados, em rodas de conversa e por meio das próprias participantes da pesquisa, foram surgindo mulheres dispostas a contribuir para o estudo com os seus relatos. Acredita-se que cerca de 15 (quinze) entraram em contato com esta pesquisadora ou permitiram ser contatadas.

Ocorre que, destas, muitas desistiram de participar do estudo. A maioria simplesmente deixou de responder às tentativas de contato. Algumas aparentemente desanimaram após perceberem que a ideia era realizar as entrevistas, preferencialmente, de forma presencial. Outras chegaram a marcar e desmarcar a entrevista por diversas vezes.

Outra dificuldade enfrentada no bojo desta pesquisa ocorreu no momento da realização das entrevistas. Algumas participantes da pesquisa eram bastante sucintas ao narrar suas experiências, deixando algumas questões subentendidas ou explicadas de forma bastante superficial. Nestes casos, foi necessário incentivá-las a aprofundar os tópicos abordados, fazendo mais perguntas relativas ao assunto. Destaca-se, no entanto, que este não foi um problema recorrente, tampouco difícil de ser contornado.

## **6.2.2 Aprendizados**

Ao realizar a presente pesquisa, esta pesquisadora teve a oportunidade de estabelecer contato com mulheres que vivenciam as mais variadas realidades. Foi uma experiência bastante enriquecedora.

De início, o que mais se destaca é ter aprendido a realmente ouvir, de forma atenta, o que as pessoas têm a dizer sobre as suas experiências de vida e a dar importância aos seus discursos e percepções.

A presente pesquisa, sem dúvidas, permitiu também que esta pesquisadora se aproximasse e conhecesse realidades diferentes da sua, aprendendo a partir de outras vivências e se tornando mais sensível às dores de outras mulheres.

Foi ainda possível perceber que diversas práticas violentas no âmbito da obstetrícia ainda são recorrentes e que o decurso do tempo não teve tanta influência sobre esta realidade como era de se esperar, especialmente considerando a crescente conscientização das mulheres nos últimos anos e os avanços legislativos, ainda que esparsos.

Em suma, considera-se que a realização da presente pesquisa foi uma experiência riquíssima e transformadora, que mudou profundamente a ótica desta pesquisadora sobre o que constitui uma assistência obstétrica adequada e sobre a importância de ter contato com outras vivências e com o modo como elas são percebidas para buscar aprender a partir delas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGIO, Cristiane de Melo; ANDRADE, Briena Padilha. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, III, 27 a 29 mai. 2014, Londrina. **Anais** [...]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 mai. 2014. ISSN 2177-8248. Disponível em: [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf). Acesso em: 30 jun. 2017.

ARGENTINA. **Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009.** *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires, [2009]. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>. Acesso em: 27 jun. 2017.

BATISTA, Priscilla Daisy Cardoso. **Entre gestações/partos humanizados e violência obstétrica: subjetividades em movimento.** 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/6017>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BEECH, Beverly Lawrence; WILLINGTON, Sally. *Listen With Mother. Association for Improvements in the Maternity Services Journal*, v. 19, n. 2, jun. 2015. ISSN 0256-5004. Disponível em: <https://www.aims.org.uk/journal/item/listen-with-mother>. Acesso em: 01 jul. 2017.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Bethesda: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <https://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 25 ago. 2018.

CHADWICK, Rachele Joy. *Obstetric Violence in South Africa. South African Medical Journal, Cape Town, Cape Town*, v. 106, n. 5, p. 423-424, mai. 2016. ISSN 2078-5135. DOI 10.7196/samj.2016.v106i5.10708. Disponível em: [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0256-95742016000500002&lang=pt](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742016000500002&lang=pt). Acesso em: 02 jun. 2017.

D'GREGÓRIO, Rogelio Pérez. *Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 111, n. 3, p. 201-202, dez. 2010. DOI 10.1016/j.ijgo.2010.09.002. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002/abstract;jsessionid=FE3ACD11070E67EEAA5B1ED77639DFC2.f02t02?systemMessage=Wiley+Online+Library+%27Journal+Subscribe+%2F+Renew+%27+page+will+be+down+on+Wednesday+05th+July+starting+at+08.00+EDT+%2F+13.00+BST+%2F+17.30+IST+for+up+to+75+minutes+due+to+essential+maintenance>. Acesso em: 03 jun. 2017.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10818>. Acesso em: 25 ago. 2018.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. ISSN 2175-3598. DOI 10.7322/jhgd.106080. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 02 jun. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. *Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, mai. 2002. DOI 10.1016/S0140-6736(02)08592-6. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Capítulo IV: Saúde Reprodutiva e Abortamento. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, ago. 2010, p. 149-223. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

GOER, Henci. *Cruelty in maternity wards: fifty years later*. *The Journal of Perinatal Education*, Washington, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010. DOI 10.1624/105812410X514413. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649/>. Acesso em: 01 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3304904>. Acesso em: 25 ago. 2018.

KULKAMP, Camila; MENDES, Anna Marcella. Análise crítica do discurso científico através de Lyotard e suas relações com a violência obstétrica. In: Conferência REDOR (Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações Gênero), 18ª, 24 a 27 nov. 2015, Recife. **Anais [...]**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 24 a 27 nov. 2015, p. 1478-1493. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/view/1904>. Acesso em: 18 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra (Suíça): OMS, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 02 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra (Suíça): OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>

handle/10665/161442/who\_rhr\_15.02\_por.pdf;jsessionid=3235E34149BE25141C29D21C5FD0E9E?sequence=3. Acesso em: 02 jun. 2017.

PICKLES, Camilla. *Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa*. **SA Crime Quarterly**, Pretoria, n. 54, p. 5-16, dez.2015. ISSN 2413-3108. DOI 10.4314/sacq.v54i1.1. Disponível em: [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1991-38772015000400002](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1991-38772015000400002). Acesso em: 09 jun. 2017.

PIRES, Álvaro P. Amostragem e pesquisa qualitativa. In: POUPART *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 154-214.

PULHEZ, Mariana Marques. A 'violência obstétrica' e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 10, 16 a 20 set. 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos** [...]. Florianópolis, 16 a 20 set. 2013. ISSN 3179-510X. Disponível em: [http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128\\_ARQUIVO\\_PULHEZ\\_MarianaMarques\\_fazendogenero10\\_ST69.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf). Acesso em: 27 mai. 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei n.º 7.191, de 06 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, [2016]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SADLER, Michelle *et al.* *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, mai. 2016. DOI 10.1016/j.rhm.2016.04.002. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300027>. Acesso em: 31 jun. 2017.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. *Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* 2014. Tese (Mestrado em Estudos sobre Mulheres e Gênero) – Utrecht University, Utrecht, 2014. Disponível em: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>. Acesso em: 31 jun. 2017.

SÃO GONÇALO (RJ). **Lei n.º 667, de 08 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de São Gonçalo. São Gonçalo: Câmara Municipal, [2016]. Disponível em: [http://www.saogoncalo.rj.gov.br/diario/2016\\_01\\_08.pdf](http://www.saogoncalo.rj.gov.br/diario/2016_01_08.pdf). Acesso em: 26 jul. 2018.

SERRA, Mariana Cibelle de Mesquita; VELOSO, Roberto Carvalho. Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos casos de Violência Obstétrica. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 257-277, jan/jun. 2016. ISBN 978-85-5505-180-7. Disponível em: <https://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0ii48h0/45bgwp70>. Acesso em: 11 out. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12,

2015. DOI 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 25 ago. 2018.

VENEZUELA. **Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007.** *Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, [2007]. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Appropriate Technology for Birth*. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-437, ago. 1985. DOI 10.1016/S0140-6736(85)92750-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext). Acesso em: 02 jun. 2017.

WYLLYS, Jean. **Projeto de Lei nº 7.633, de 25 de maio de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF, [2014]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 07 mai. 2017.